DU

RHUMATISME VISCÉRAL

Paris. — Typographie Hennuyer et fils, rue du Boulevard, 7.



DU

RHUMATISME VISCÉRAL

THÈSE

PRÉSENTÉE AU CONCOURS POUR L'AGRÉGATION

(SECTION DE MÉDECINE ET DE MÉDECINE LÉGALE)

ET SOUTENUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, LE 14 MARS 1866

PAR

BENJAMIN BALL

Docteur en médecine, Ancien chef de clinique adjoint de la Faculté,
Ancien interne lauréat des hôpitaux,
Lauréat de l'Académie de médecine, Membre de la Société de Biologie
et de la Société médicale d'Observation.



PARIS
P. ASSELIN, SUCCESSEUR DE BÉCHET JEUNE ET LABÉ
LIBRAIRE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
Place de l'École-de-Médecine.

1866

DU

RHUMATISME VISCÉRAL.

CONSIDÉRATIONS PRÉLIMINAIRES

ET DÉFINITION DU SUJET.

« Une doctrine déjà ancienne, et que les faits nouvellement observés ne font que confirmer de plus en plus, consiste à regarder le rhumatisme comme une maladie générale due à un principe insaisissable, il est vrai, mais si nettement caractérisé par ses effets, qu'il est impossible désormais d'en nier l'existence[1]... »

Ces paroles, que nous empruntons textuellement à M. le professeur Monneret, pourraient servir d'épigraphe à notre travail. Le rhumatisme est en effet une de ces maladies dont les manifestations diverses peuvent retentir sur presque tous les points de l'économie, en conservant toujours des caractères particuliers, qui en font aisément reconnaître l'origine.

Mais, au seuil même de la question, une difficulté nous arrête. Deux affections assez voisines pour se toucher, et cependant assez distinctes pour qu'il soit difficile de les réunir, se présentent simultanément à notre observation : l'une et l'autre ont pour siége de prédilection les

[1] Monneret, *Path. gén.*, t. II, p. 197.

cavités articulaires; l'une et l'autre exercent sur les affections viscérales une incontestable influence. Faut-il, obéissant aux traditions antiques, les confondre dans une description commune, nous ralliant ainsi à la doctrine de l'identité, que professent encore d'éminentes autorités contemporaines? Faut-il, au contraire, à l'exemple des modernes, établir entre le rhumatisme et la goutte une séparation radicale? La nécessité nous imposerait ce dernier parti, si nos convictions personnelles ne nous engageaient pas à le prendre. Rassembler sous la même dénomination les manifestations viscérales du rhumatisme et de la goutte, ce ne serait pas seulement reculer à l'infini les limites d'un des plus vastes sujets que comporte l'étude des sciences médicales: ce serait encore introduire dans l'étude que nous allons entreprendre, une confusion inextricable et qui nous ôterait tout espoir de résoudre avec précision le problème qui nous est posé.

Les anciens observateurs, habiles à saisir le côté clinique de toutes les grandes questions, avaient depuis longtemps signalé [1] l'influence que peut exercer le rhumatisme sur les grands appareils de l'économie: et le mot de *rhumatisme viscéral* n'est point de création récente, puisque Boerhaave et son illustre commentateur avaient longuement insisté sur le rhumatisme des viscères. Cependant, il faut le reconnaître, nous sommes arrivés à des connaissances plus précises, par une critique plus sévère: nous avons éliminé du cadre des af-

[1] Sydenham est le premier qui ait signalé le rhumatisme interne, sous le nom assez singulier de *rhumatisme scorbutique* (*Obs. med.*, sect. VI, cap. V).

fections rhumatismales un certain nombre de maladies que nos prédécesseurs avaient autrefois le tort d'y faire rentrer, et depuis un demi-sièele environ nous sommes parvenus à rattacher à eette eause générale des lésions qui jusqu'à présent avaient paru lui rester complétement étrangères.

Si le tissu fibreux, eomme on disait autrefois, est le siége spéeial des manifestations rhumatismales, on ne saurait s'étonner de rencontrer partout des lésions de ee genre : ear le tissu fibreux, que nous appelons *tissu conjonctif* aujourd'hui, est une partie essentielle de presque tous les organes; à ce titre, aucun point de l'économie ne pourrait réclamer une exemption absolue du rhumatisme et de ses effets. Nous le voyons frapper tour à tour les membranes séreuses, le tissu museulaire, le système osseux, les vaisseaux, les nerfs, et tous les grands parenchymes séeréteurs. Nous ne possédons, il est vrai, aueun caractère *spécifique* qui permette de distinguer anatomiquement les lésions d'origine rhumatismale de celles qui peuvent se rattaeher à des causes différentes. Mais n'avons-nous point d'autres moyens de reeonnaître la parenté qui relie entre eux les membres d'une seule et même famille pathologique ? Les eoïncidences plus ou moins fréquentes, l'hérédité, l'alternanee des manifestations morbides peuvent en établir l'affinité, en dehors de toute constatation néeroseopique : d'ailleurs, si les affections rhumatismales ne présentent point de earaetères positifs, elles offrent, du moins, des earactères négatifs qui leur sont eommuns. La rapidité de leur apparition, la promptitude de leur disparition, l'absenee souvent complète de lésions profondes, même dans les

cas les plus graves; enfin, ces relations singulières qui semblent parfois s'établir entre la suppression brusque des phénomènes articulaires et le développement soudain d'une affection interne : ce sont là des preuves qui, pour n'être pas tirées de l'anatomie morbide, n'en sont pas moins fondées sur une base éminemment scientifique, celle de l'observation au lit du malade.

Cherchons donc à déterminer les rapports qui unissent le rhumatisme aux affections de nos organes intérieurs; étudions d'abord son action sur les points où elle nous paraît incontestable: dans le système vasculaire, dans les organes respiratoires, dans les centres nerveux; nous aurons ensuite à nous prononcer sur les relations qu'il peut offrir avec d'autres appareils, relations moins positivement démontrées, et qui devront être soumises à l'épreuve d'une critique judicieuse.

Dans cette étude, nous serons constamment forcé d'user d'une grande prudence et de n'admettre que ce qui semble démontré par les faits. L'étude des faits! telle est, telle doit être, pour nous conformer à l'esprit traditionnel de l'École de Paris, la base de notre travail. Le lecteur devra donc s'attendre à traverser des discussions souvent arides, mais qui, nous l'espérons du moins, ne seront pas entièrement stériles; car nous aurions honte de sacrifier à de vains ornements les véritables intérêts de la science :

Ornari res ipsa negat, contenta doceri.

Nous allons maintenant exposer les principes qui nous serviront à déterminer la nature des accidents que nous aurons à décrire.

Le rhumatisme par excellence est celui qui a fixé l'attention des premiers observateurs, celui de Baillou, de Rivière et de Sydenham : c'est le rhumatisme articulaire aigu. C'est la forme la plus nettement caractérisée de la maladie, celle qui se prête le mieux à la discussion et à l'appréciation des faits. Mais il existe d'autres formes moins accentuées, et dont les manifestations viscérales sont plus contestables ; nous aurons cependant à les étudier ; nous aurons ensuite à nous demander s'il n'existe point des rhumatismes viscéraux d'emblée qui seraient indépendants de toute affection articulaire : mais dans aucun cas nous n'admettrons qu'une maladie soit de nature rhumatismale, par cela seul qu'on la voit se développer sous l'influence du froid humide.

Nous marcherons donc du simple au composé, et ce ne sera qu'après avoir étudié les faits du premier genre, que nous aborderons ceux du second. D'ailleurs, la tuméfaction douloureuse des jointures sera notre critérium principal ; mais nous ne l'appliquerons pas invariablement : nous serons amené parfois à refuser le caractère rhumatismal aux fluxions articulaires, et à le reconnaître à des affections qui n'ont point coïncidé avec ce phénomène. Mais cette partie de la discussion trouvera mieux sa place dans l'étude des cas particuliers.

Au reste, nous ne serons affirmatif qu'en présence des faits bien démontrés ; nous resterons sceptique devant les cas plus ou moins probables, et nous nous montrerons sévère pour les récits douteux. Enfin, toutes les fois que les chiffres pourront utilement intervenir dans la discussion, nous ferons appel aux volumineuses statistiques qu'ont accumulées, en France et en Angle-

terre, un si grand nombre d'observateurs laborieux.

Avant d'aborder l'étude des affections diverses qui, dans le cours du rhumatisme, peuvent frapper les principaux viscères de l'économie, il serait logique de résumer d'une façon succincte les traits caractéristiques de cette maladie. Mais les limites étroites dans lesquelles le temps nous oblige à nous renfermer ne comportent point une semblable tentative. Qu'il nous suffise de distinguer, d'après l'exemple de tous les auteurs classiques, le rhumatisme articulaire du rhumatisme musculaire, et la forme aiguë de la forme chronique : nous aurons ainsi tracé les lignes fondamentales de notre sujet, et nous pourrons entreprendre immédiatement la description des phénomènes morbides qui, soit à titre de complications, soit à titre de manifestations du rhumatisme, peuvent se développer du côté des viscères, dans chacune des grandes divisions que nous venons d'établir.

CHAPITRE I.

Des affections viscérales qui se rattachent au rhumatisme articulaire aigu.

Il est incontestable que la forme aiguë du rhumatisme articulaire nous présente le type le plus net, le plus clair et le mieux défini de cette maladie générale. Habituellement accompagné d'un mouvement fébrile assez intense (*rheumatic fever* des auteurs anglais), de sueurs profuses, de troubles urinaires, d'un éréthisme nerveux, et d'une anémie prononcée [1], le rhumatisme articulaire aigu se caractérise surtout par ses symptômes généraux, et donne lieu plus souvent que les autres formes de la maladie à des manifestations viscérales. Nous allons étudier successivement ces phénomènes dans chacun des grands appareils de l'organisme.

§ 1. — Apparcil circulatoire.

Le système vasculaire est incontestablement le siége de prédilection des lésions internes qui peuvent survenir dans le cours du rhumatisme. Nous nous proposons dans ce paragraphe de passer en revue : 1° les affections du cœur (endocardite, péricardite, myocardite);

[1] Monneret, *Thèse de concours pour le professorat*, 1851, p. 62. — Canstatt und Henoch, *Specielle pathol.*, t. I, p. 604. — O'Ferral, *Provincial journal*, 6 février 1849. — Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris*, t. III, p. 345.

2° les embolies artérielles et capillaires, et les infarctus viscéraux ; 3° les polypes du cœur, complication toujours grave et souvent fatale ; 4° les altérations du système artériel ; 5° les altérations du système veineux.

A. *Endocardite, péricardite, myocardite.*

La coïncidence fréquente des affections aiguës du cœur avec le rhumatisme articulaire est aujourd'hui une vérité bien établie et admise sans contestation par tous les observateurs. Mais la connaissance de ce fait capital ne remonte guère au delà du siècle présent ; c'est ce qu'il nous sera facile de démontrer.

Vers 1788, un médecin anglais, David Pitcairn, ayant observé que les maladies organiques du cœur se rencontraient plus souvent chez les rhumatisants que chez les autres sujets, fut conduit à regarder ces deux états morbides comme les effets d'une seule et même cause : aussi donnait-il volontiers aux complications cardiaques du rhumatisme articulaire le nom de *rhumatisme du cœur*. Sans avoir consigné cette idée dans aucun ouvrage, il en avait souvent entretenu ses élèves ; et c'est d'après lui que Baillie, dans la deuxième édition de son *Anatomie pathologique* (1797), mentionne cette opinion pour la première fois. Avant cette époque, Morgagni et Ferriar de Manchester avaient rapporté, sans doute, des cas de cette espèce ; mais il est facile de s'assurer qu'ils n'y voyaient qu'une simple coïncidence, et non pas un rapport de cause à effet.

En 1803, un autre médecin anglais, Wagstaffe, publiait une observation de péricardite rhumatismale, avec

autopsie, et dans son *Manuel de Médecine pratique*, qui parut dans le cours de la même année, Antoine Odier en rapporte un second cas. Cet auteur signale, de la façon la plus positive, les rapports qui existent entre le rhumatisme des membres et celui du cœur. Plus tard, les recherches de Dundas (1807), de Wells (1812), de Bedingfield (1816), de Matthey (1816), de Scudamore (1817), de Johnson (1820), de Cox (1824) et de plusieurs autres observateurs, établissaient, d'une manière irréfragable, cette corrélation morbide.

Nous n'insisterons pas davantage sur cette partie de la question, qui a été traitée d'une façon si magistrale par MM. Béhier et Hardy [1]. Contentons-nous de faire observer que, dans ces premiers essais, c'étaient surtout les lésions du péricarde qui avaient fixé l'attention.

Cependant, dans l'une des observations du mémoire de Wells, recueillie par Benjamin Brodie, il est question de végétations verruqueuses développées à l'intérieur du ventricule gauche, et même sur les valvules sigmoïdes et mitrale. C'était là le premier germe d'une idée largement développée plus tard par Kreysig (1815). Les lésions internes du cœur, qu'il décrit sous le nom de *cardite polypeuse* (*carditis polyposa*), se rattachent manifestement, dit-il, aux affections articulaires. Malheureusement l'expression dont se sert l'auteur allemand (*Gicht*) peut aussi bien s'appliquer à la goutte qu'au rhumatisme; ce qui laisse planer un certain doute sur la légitimité des prétentions qu'on a formulées depuis quelque temps en sa faveur.

[1] *Traité de pathologie interne*, t. II, p. 905; 2e édit.

Tel était l'état de la science, lorsque l'immortelle découverte de Laennec vint ouvrir aux investigations une voie entièrement nouvelle, et permit de reconnaître les affections du cœur pendant la vie, avec une exactitude auparavant inconnue. Ce fut alors que M. le professeur Bouillaud (1836), s'appuyant sur les données de l'auscultation, parvint à démontrer la coïncidence habituelle des phlegmasies cardiaques avec le rhumatisme articulaire aigu, et créa le mot d'*endocardite*, qui est définitivement resté dans la science.

Et cependant, malgré les immenses progrès que nous avons réalisés à cet égard, le diagnostic des maladies du cœur présente quelquefois des difficultés presque insurmontables. Voilà pourquoi la proportion exacte des cas de rhumatisme dans lesquels se montrent ces affections est une question encore controversée, et qui de longtemps, sans doute, ne sera point résolue. Il est incontestable, en effet, que l'endocardite ne se révèle pas toujours par des signes physiques appréciables : c'est ce qui a lieu surtout lorsqu'elle n'a point envahi les orifices du cœur, ou n'a point déterminé des altérations assez considérables pour modifier le jeu des valvules. D'un autre côté, les bruits anormaux qui caractérisent l'inflammation aiguë de l'endocarde ne sont pas toujours faciles à distinguer de ceux qui se rattachent à l'anémie, cette conséquence si fréquente du rhumatisme articulaire aigu, dont l'existence est souvent indépendante de toute émission sanguine. Enfin, dans le cours d'une affection fébrile, comme celle qui nous occupe en ce moment, et en l'absence de renseignements positifs sur les antécédents du malade, il est souvent impossible de

décider si des bruits de souffle, des palpitations ou d'autres troubles fonctionnels sont les indices d'une endocardite récente ou les vestiges d'une maladie plus ancienne. La péricardite elle-même, bien que les signes qui la caractérisent soient, en général, plus apparents et plus précis, pourra quelquefois rester latente, dans l'acception la plus rigoureuse du mot. Quant à la myocardite, elle ne présente aucun symptôme qui lui appartienne exclusivement.

Nous ne saurions donc attacher une bien grande importance aux chiffres proposés par les divers auteurs pour représenter le rapport de coïncidence entre les affections du cœur et le rhumatisme articulaire aigu. Au reste, les résultats contradictoires auxquels sont arrivés des observateurs également recommandables suffiraient, au besoin, pour montrer qu'on ne doit pas compter sur une précision mathématique à cet égard. C'est ainsi que nous voyons MM. Bouillaud, Fuller, Latham, Budd, etc., admettre la coïncidence dans un tiers, dans la moitié, ou même dans les deux tiers des cas; tandis que Bamberger, Hamernjk, Wunderlich, Duchek et d'autres observateurs réduisent cette proportion à 25 pour 100. Nous n'hésitons pas à nous ranger du côté de ces derniers, qui ont soigneusement tenu compte de toutes les causes d'erreur. Nous croyons, en effet, que, dans les statistiques qui fournissent des chiffres plus élevés, on a sans doute englobé, sous le nom d'*endocardites*, bon nombre de cas dans lesquels les troubles fonctionnels et les signes physiques se rattachaient, soit à l'anémie rhumatismale, soit à une ancienne affection du cœur. On sait, du reste, que Valleix

allait encore plus loin, et qu'il n'admettait la coïncidence que dans un neuvième des cas ; mais il nous semble être tombé dans l'exagération opposée.

Il est d'ailleurs un point sur lequel on semble généralement être d'accord : c'est que l'endocardite est plus fréquemment observée que l'endopéricardite ; la péricardite seule ne viendrait qu'en troisième ligne.

Quant à la myocardite, elle ne paraît jamais avoir, dans le rhumatisme, d'existence indépendante.

Cependant, telle est la difficulté d'arriver à cet égard à des résultats identiques, qu'il existe des opinions contradictoires même au sujet de la fréquence relative de ces diverses lésions. Nous allons donc mettre le lecteur directement en rapport avec les sources de nos renseignements; nous allons lui placer sous les yeux un exposé sommaire des principales statistiques qui ont été recueillies à ce point de vue, afin de rassembler ici tous les éléments d'une critique impartiale.

TABLEAU I.

Fréquence proportionnelle des affections du cœur, dans le rhumatisme articulaire aigu, d'après divers observateurs.

NOM DE L'AUTEUR.		NOMBRE DES CAS				
		de rhumatisme articulaire aigu.	d'endocardite.	de péricardite.	d'endo-péricardite.	d'affection du cœur.
BOUILLAUD.	*Traité du Rhumatisme*, 1840, p. 143	Intenses 74 Légers.. 40				64 1
BUDD	*Tweedie's Library of Medicine*, t. V, p. 195	— 43	16	5		21
LATHAM	*Clinical Medicine*, t. I, p. 143.	— 136	63	7	11	90(1)
VALLEIX	*Mémoires de la Société médicale d'observation*, t. III, 1856	— 214				24(2)
BAMBERGER.	*Virchow's Archiv*, IX Band, 1856, p. 328	— 126	6	17	6	29
WUNDERLICH	*Handbuch der Pathologie*, IV Band, p. 617	— 108	5	14	6	31(3)
EICHBERG... (élève de Griesinger.)	*Über das Vorkommen von Herzkrankheiten beim acuten Gelenk-Rheumatismus.* Thèse de doctorat. Tubingen, 1859	— 48	6	10	4	20
FULLER	*On Rheumatism*, 2e édition, p. 282	— 246	75	12	27	114(4)
LEUDET	*Archives de Médecine*, 1862	— 86		9	12	21

(1) Dans 9 cas le siège est resté douteux.
(2) La statistique de Valleix se prête difficilement à l'analyse, en raison de la manière dont elle est rédigée. Nous nous contenterons de constater qu'il admet pour les endocardites seules une fréquence de 1/35, pour les péricardites seules de 1/15; et que sur 160 cas de rhumatisme intense, il a trouvé 20 affections du cœur. Les quatre autres correspondent à des rhumatismes légers.
(3) 6 affections valvulaires anciennes.
(4) Fuller fait observer que les deux tiers environ des cas désignés dans sa statistique sous le nom d'*endocardite*, sont probablement étrangers à cette affection, et se rattachent, soit à l'anémie, soit à des troubles fonctionnels. On voit, du reste, que les auteurs allemands sont beaucoup plus réservés que les Anglais sur le diagnostic de l'endocardite.

M. le professeur Monneret [1] s'est contenté de relever le nombre de cas dans lesquels il a trouvé un bruit au

[1] *Thèse de concours*, 1851.

cœur ou dans les vaisseaux : il n'a pas toujours pu en déterminer la véritable cause.

Voici les résultats auxquels il est arrivé :

Bruits anormaux........................	65 fois.
Péricardite..........................	2
Aucun bruit, ou observation insuffisante.	23
Bruit artériel exclusivement............	3

Le tableau qui précède nous fournit aussi quelques éléments pour résoudre la question de la fréquence relative des diverses affections du cœur dans le rhumatisme articulaire aigu. Les auteurs anglais (Budd, Latham, Fuller) considèrent la péricardite comme beaucoup moins fréquente que l'endocardite ; les Allemands, au contraire, placent la péricardite au premier rang, l'endocardite au second : ce qui tient, comme nous venons de l'indiquer, à la différence des appréciations, au point de vue du diagnostic.

Les divergences que nous venons de signaler et l'incertitude qui règne dans plusieurs cas sur la nature de la maladie ne nous permettent pas de faire ici une addition générale, comme nous le ferons pour le tableau suivant.

TABLEAU II.

Fréquence proportionnelle de l'endopéricardite et de la péricardite seules, dans le rhumatisme articulaire aigu.

NOM DE L'AUTEUR.		NOMBRE DES CAS de rhumatisme articulaire aigu.	NOMBRE DES CAS de péricardite ou d'endopéricardite.
FULLER	*Loc. cit.*	246	39
VALLEIX	*Loc. cit.*	214	14
ORMEROD	*Medico-chirurgical Transactions*, vol. XXXVI, 1853	161	61
MAC-LEOD	*On Rheumatism*, p. 154	226	52
LATHAM	*Loc. cit.*	136	18
BUDD	*Loc. cit.*	43	5
BASHAM	*Medico-chirurgical Transactions*, vol. XXXII	66	14
TAYLOR	Même recueil, vol. XXVIII, p. 483	49	8
BAMBERGER	*Loc. cit.*	126	23
WUNDERLICH	*Loc. cit.*	108	20
EICHBERG	*Loc. cit.*	48	14
LEUDET	*Loc. cit.*	86	12
	TOTAL	1,507	270

Malgré les dissidences notables qui existent entre les observateurs qui nous ont fourni les éléments de ce tableau, nous croyons pouvoir en déduire ce résultat général : la péricardite existe dans un peu moins d'un cinquième des cas de rhumatisme articulaire aigu.

Il existe d'ailleurs des conditions générales qui semblent présider à l'ensemble de ces phénomènes morbides. Les affections du cœur ne se montrent pas indistinctement, ni avec une égale fréquence, dans toutes les formes, dans toutes les variétés du rhumatisme articulaire aigu.

L'une des conditions qui paraissent favoriser le plus spécialement les affections cardiaques d'origine rhu-

matismale, est l'âge peu avancé des malades. « Chez les jeunes sujets, dit M. Bouillaud, le cœur se comporte comme une articulation. » Cette proposition est surtout vraie en ce qui concerne la péricardite. C'est ainsi que, d'après Fuller, sur 41 rhumatisants atteints de péricardite, 23 étaient âgés de moins de vingt ans; 14 étaient entre vingt et trente ans ; 4 seulement avaient cet âge [1]. Mac-Leod a rencontré la péricardite chez la moitié des enfants atteints de rhumatisme qu'il a eu l'occasion d'observer. De 15 sujets atteints de péricardite rhumatismale, 9 étaient âgés de vingt ans ou au-dessous; 5 avaient de vingt à vingt-six ans, et un seul était âgé de plus de quarante ans.

Selon Fuller, on pourrait établir d'après l'âge les proportions suivantes :

Au-dessous de quinze ans, la péricardite se montre dans un peu plus d'un tiers des cas;

De quinze à vingt ans, moins d'un cinquième ;

De vingt à vingt-cinq ans, moins d'un dixième;

Au-dessus de vingt-cinq ans, la proportion diminue très-rapidement.

MM. Rilliet et Barthez ont vu la péricardite survenir quatre fois chez 11 enfants atteints de rhumatisme articulaire.

Les recherches de West [2], à l'hôpital des enfants de Londres, lui ont fourni les résultats suivants :

Sur 32 cas d'affections cardiaques chez des enfants au-dessous de quinze ans, le rhumatisme a pu être

[1] *Loc. cit.*, p. 271.

[2] *Pathologie und Therapie der Kinderkrankheiten*, p. 330. Nous citons d'après la traduction allemande de Wegner.

invoqué comme cause 9 fois; la lésion était chronique dans 3 cas, aiguë dans 6 cas; 5 fois il s'agissait d'une endopéricardite, 4 fois d'une endocardite simple.

C'est surtout pendant les premiers accès de rhumatisme que se déclarent les affections cardiaques. Sur les 39 cas de péricardite rhumatismale observés par Fuller [1], 25 se sont déclarés dans le premier accès; les 14 autres dans une seconde ou troisième attaque. Encore faut-il remarquer que parmi ces 14 cas, il en était plusieurs où le cœur avait été frappé dès la première atteinte de rhumatisme articulaire.

Lorsqu'il existe déjà des lésions valvulaires, on voit souvent les troubles cardiaques reprendre une marche plus aiguë à chaque récidive; en même temps, ces lésions deviennent de plus en plus graves, chaque fois que le cœur reçoit une nouvelle atteinte.

Enfin le sexe féminin, l'état puerpéral [2], une constitution faible, un organisme débilité par les excès, par les maladies antérieures, ou par un traitement antiphlogistique intempestif, sont incontestablement au nombre des conditions favorables au développement des affections cardiaques dans le rhumatisme articulaire.

Une autre question, qui se présente tout naturellement à l'esprit, est celle de l'influence que peut exercer l'intensité du rhumatisme articulaire sur la fréquence des affections du cœur. Nous venons de voir que, d'après

[1] *Loc. cit.*, p. 278.

[2] Ainsi que le fait observer M. le professeur Simpson, il existe, dans le sang des nouvelles accouchées, une tendance manifeste aux coagulations intravasculaires, qui les prédispose à contracter des affections du cœur, surtout lorsqu'une cause efficiente, telle que le rhumatisme, vient exagérer cette prédisposition (*Obstetric Memoirs*, t. II, p. 68).

M. le professeur Bouillaud, les affections cardiaques seraient incomparablement plus fréquentes dans les rhumatismes d'une grande intensité, d'une grande mobilité et portant sur plusieurs articulations à la fois (Bamberger), qu'elles ne le sont dans les cas légers. Cette opinion a été confirmée depuis par les recherches de Valleix. Elle semble d'ailleurs si naturelle au premier abord, qu'on ne songe même pas à la contester; et les auteurs anglais ont en général adopté cette manière de voir. Ainsi Mac-Leod, dans l'ouvrage déjà cité, affirme n'avoir rencontré la péricardite que deux fois dans le rhumatisme subaigu, tandis que cette affection est très-fréquente dans les cas d'une grande intensité. (P. 95.) La même opinion est exprimé par Fuller, qui, sur 130 cas d'affections récentes du cœur observées chez des rhumatisants, en a rencontré 114 dans les cas aigus; et sur 41 péricardites d'origine rhumatismale observées par le même auteur, il y en eut 39 qui se manifestèrent dans le cours d'un rhumatisme intense; 2 seulement appartenaient à des cas légers.

Cependant Walshe, sans précisément émettre une opinion contraire à celle que nous venons d'exposer, insiste à juste titre sur l'influence que des affections rhumatismales même très-légères peuvent exercer sur le développement des affections du cœur. La péricardite, que nous choisissons plus volontiers comme exemple, à cause de la sûreté plus grande avec laquelle on en peut établir le diagnostic, la péricardite, d'après Walshe, est presque toujours liée à une affection rhumatismale; et les cas idiopathiques de cette affection reposeraient presque toujours sur des observations incomplètes, dans

lesquelles un rhumatisme articulaire aurait passé inaperçu [1]. Nous avons eu nous-même l'occasion d'observer quelques cas dans lesquels une péricardite très-nettement caractérisée se développa à la suite de quelques douleurs articulaires fugaces et d'une bien minime intensité. C'est là d'ailleurs un fait que plusieurs auteurs ont eu soin de faire ressortir [2].

Sans vouloir par conséquent battre en brèche la doctrine qui établit un rapport de fréquence entre l'acuité des manifestations articulaires, le nombre des articulations frappées, et le développement des lésions cardiaques, nous croyons que le principe a été peut-être exagéré, et que le rhumatisme subaigu, le rhumatisme passager, exercent à cet égard une influence beaucoup plus grande qu'on ne l'avait supposé.

Quant au rhumatisme mono-articulaire, il est universellement admis qu'il se complique très-rarement de maladies cardiaques.

Nous nous trouvons amené, par une transition naturelle, à discuter l'existence des affections rhumatismales qui débutent d'emblée par le cœur. Déjà Matthey, de Genève, avait affirmé que, dans certains cas, le rhumatisme peut influer simultanément sur le cœur et sur les membres. La démonstration positive de ce fait appartient à M. le professeur Bouillaud : il a nettement établi que l'endocardite et la péricardite peuvent coïncider dès le début avec le rhumatisme articulaire, et marcher parallèlement avec lui [3]. C'est à la persis-

[1] *A pract. treat. of the diseases of the lungs and heart*, p. 445. Lond., 1851.
[2] Latham, Mac-Leod, Taylor, Ormerod.
[3] *Traité du rhumatisme*, p. 282.

tance de l'affection cardiaque après l'extinction des phénomènes articulaires que l'éminent professeur attribue la *fièvre rhumatismale sans affections articulaires* décrite par plusieurs auteurs. Cependant, il n'est pas bien rare de voir la péricardite se développer d'emblée avec tout l'appareil des symptômes généraux du rhumatisme, mais sans lésions articulaires, chez des sujets qui ont déjà subi une ou plusieurs atteintes de rhumatisme articulaire aigu [1].

Mais il existe incontestablement des faits dans lesquels le cœur a été directement la première victime de l'influence rhumatismale. Nous continuerons à prendre la péricardite pour base de notre argumentation, et il nous sera facile de rassembler des témoignages à l'appui de cette proposition.

Dans l'ouvrage que nous avons si souvent eu l'occasion de citer, Fuller a rassemblé cinq observations dans lesquelles les symptômes cardiaques précédèrent l'explosion du rhumatisme articulaire. Dans deux cas, la péricardite avait existé deux jours avant que les articulations eussent offert le moindre indice d'une fluxion rhumatismale, et dans les trois autres, cet intervalle fut de trois, cinq et sept jours. Des faits analogues ont été recueillis par Wilson [2], Graves [3], Watson [4], Hope [5], Duncan [6], et Taylor [7]; mais l'une des observations les plus

[1] Taylor, *Medico-chir. trans.*, p. 454; 1845.
[2] *Lancet*, vol. II, p. 217; nov. 1844.
[3] *Clin. med.*, p. 915.
[4] *Practice of physic*, t. II, p. 284.
[5] *Treatise on the heart*, etc., p. 178; 3e édit.
[6] *Edinburgh med. and surgical journal*, 1816.
[7] *Medico-chirurg. transactions*, vol. XXVIII, p. 527.

remarquables en ce genre est celle que M. le docteur Hache a insérée dans les *Archives de médecine*[1].

« Dans le second cas, dit M. Hache, la péricardite eut la priorité. Un rhumatisme articulaire très-intense survint le douzième jour, et cessa le vingt et unième; alors il se déclara une pleurésie au côté gauche, qui fut complétement résolue au dix-septième jour. Quant à l'affection du péricarde, après avoir suivi une marche lentement décroissante du quinzième au trente-deuxième jour, elle offrit une recrudescence le trente-sixième, et ne fut complétement guérie que cinquante jours après son début. »

Nous trouvons ici un fait incontestable de péricardite rhumatismale, dans lequel les troubles articulaires n'ont joué, pour ainsi dire, qu'un rôle accessoire. Les manifestations capitales de la maladie se sont portées du côté des grandes séreuses intra-thoraciques, et l'affection des articulations n'est survenue, en quelque sorte, que pour délivrer à la maladie un certificat d'origine[2].

Il nous paraît donc établi d'une manière irréfragable que le rhumatisme articulaire peut débuter quelquefois par le cœur et ne se montrer que subsidiairement du côté des jointures.

Mais si la filiation des phénomènes, si la succession, si la coïncidence des actes pathologiques suffit pour établir une liaison évidente entre les affections du cœur

[1] *Arch. gén. de médecine*, t. IX, p. 325 ; 2e sér.

[2] Plusieurs faits de ce genre ont été réunis dans la dissertation inaugurale de M. Ruffey, sous l'inspiration de M. Gubler (*Thèses de Paris*, 1865, n° 32). M. le professeur Trousseau (*Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu*, t. III, p. 388) insiste avec raison sur les endocardites d'emblée, et en rapporte quelques observations.

et celles des articulations, ne pourrions-nous pas tirer des caractères encore plus positifs de l'anatomie pathologique ? C'est ce que nous allons maintenant examiner. Mais gardons-nous bien de promettre plus que nous ne pourrions tenir. Nous rencontrerons bien quelques éléments d'individualité dans l'étude des lésions qui correspondent aux cardiopathies rhumatismales ; mais ce serait s'égarer complétement que d'y vouloir chercher des caractères vraiment spécifiques.

LÉSIONS ANATOMIQUES DES CARDIOPATHIES RHUMATISMALES.

Les circonstances au milieu desquelles les affections du cœur se développent, dans le rhumatisme articulaire aigu, leur impriment quelques traits particuliers qu'il importe de faire ressortir.

La péricardite rhumatismale est souvent sèche et partielle, plus rarement générale, purulente, hémorrhagique [1] ; elle peut, chez les sujets cachectiques, s'accompagner d'une exsudation séreuse ou séro-fibrineuse qui devient rapidement très-abondante [2].

D'après Ormerod [3], la péricardite rhumatismale offrirait en général des lésions plus graves et plus étendues que les péricardites consécutives à la maladie de Bright, et prédisposerait davantage aux adhérences de ce sac fibro-séreux avec le cœur. Cette manière de

[1] M. Delacrouzille (*Thèses de Paris*, 1865), sur 25 cas de péricardite hémorrhagique, en a trouvé 3 qui se rattachaient au rhumatisme aigu ou chronique.

[2] Friedreich, *Krankheiten des Herzens*, in Virchow's Handbuch der speciellen Path. und Therapie, Band V. Abtheilung II, p. 264.

[3] *Loc. cit.*, p. 15.

voir est évidemment loin d'être exacte dans tous les cas; s'il existe des péricardites rhumatismales d'une grande intensité, il en est d'autres qui sont essentiellement superficielles et fugaces.

On a signalé aussi un fait qui semble appartenir exclusivement à la péricardite rhumatismale. La sérosité épanchée dans la cavité séreuse offre souvent une réaction franchement *acide*[1]; et ce phénomène peut exister isolément, ou coïncider avec l'acidité des liquides intra-articulaires. M. Charcot a eu quelquefois l'occasion de constater cette altération, qui paraît se rattacher aux cas dans lesquels la mort survient d'une manière inopinée et très-rapide.

La myocardite coexiste presque toujours avec les péricardites ou les endocardites d'une certaine intensité. Elle peut quelquefois, chez les rhumatisants, donner lieu à la suppuration des parois musculaires du cœur; on a même vu la cloison interventriculaire se laisser perforer par un abcès de ce genre[2].

Quant aux lésions de l'endocarde, elles paraissent offrir, en général, un type plus accusé, lorsque c'est sous l'influence du rhumatisme qu'elles ont pris naissance. Il semble, en un mot, que l'inflammation soit plus vive, et il en résulte que, dans la plupart des autopsies, on rencontre des lésions très-nettement caractérisées. Cependant il nous est donné quelquefois d'assister, pour ainsi dire, aux premiers débuts de ce travail pathologique. On voit les rhumatisants succomber par-

[1] Todd, *Clinical lectures*, p. 22. London, 1860.

[2] Watson, *Practice of physic*, vol. II, p. 287; 1re édit.; et Avery, *Transactions of the Path. Society of London*, vol. II.

fois à des accidents cérébraux, ou à d'autres complications de la maladie, avant qu'on ait soupçonné l'existence d'une lésion cardiaque. On découvre alors des altérations moins avancées, mais très-significatives, et qui permettent, en quelque sorte, de prendre la nature sur le fait.

Quelle que soit l'origine de l'endocardite (rhumatismale ou non), c'est aux orifices du cœur, c'est sur les valvules, que se produisent les lésions les plus fréquentes et celles dont les conséquences présentent à tous les points de vue la plus haute importance.

Les cavités gauches du cœur sont le siége habituel de ces altérations, surtout dans l'endocardite rhumatismale. Tous les auteurs se trouvent d'accord à cet égard. Il paraîtrait aussi que la valvule mitrale serait un peu plus souvent affectée que les valvules sigmoïdes[1]; mais il n'est pas rare de voir les deux appareils valvulaires du cœur atteints simultanément et au même degré.

Les végétations verruqueuses qui s'implantent sur les valvules du cœur, et qui sont l'une des conséquences les plus fréquentes de l'endocardite rhumatismale, siégent habituellement sur le côté ventriculaire de ces replis membraneux[2]. Cependant Bellingham[3] prétend que la valvule mitrale présente plus souvent des altérations de ce genre à la surface auriculaire que sur celle qui regarde la cavité du ventricule. Le contraire a lieu, selon tous les observateurs, pour les valvules sigmoïdes. Ces dernières présentent ordinairement une disposition

[1] Grisolle, *Path. int.*, vol. II, p. 310 ; 9e édit.
[2] Grisolle, *loc. cit.*
[3] Bellingham, *Diseases of the heart*, part. II, p. 239.

toute spéciale, lorsque l'altération n'est pas très-avancée : les nodus fibrineux y sont disposés en guirlande ou en chapelet, un peu en dehors du bord libre, et au niveau du point où la partie opaque de la valvule se confond avec son bord mince et transparent[1]. Watson, qui s'attribue la découverte de cette disposition pathologique[2], prétend qu'elle se rencontre plus spécialement chez les sujets morts de bonne heure ; effectivement, en pareil cas, les valvules n'ont pas eu le temps de se déformer, et les petits polypes dont elles sont parsemées sont restés au premier degré de leur développement. Cette disposition a été signalée aussi par Barlow[3], et M. Charcot a eu très-souvent l'occasion de vérifier le fait.

Nous avons jugé utile de représenter cette disposition remarquable dans l'une de nos planches (pl. II, fig. 1). La pièce a été dessinée d'après nature par M. Charcot. Il s'agissait d'un cas de rhumatisme aigu, terminé rapidement par la mort, et dans lequel on n'avait constaté aucun signe d'endocardite pendant la vie. Ce serait donc

[1] On sait que chaque valvule sigmoïde se compose de deux feuillets adossés de l'endocarde, qui se réunissent au bord libre qui correspond à l'axe du vaisseau. Entre ces deux feuillets s'étend une membrane fibreuse, née de la circonférence de l'orifice artériel ; cette membrane, qui, vers le milieu de la valve, s'avance jusqu'au nodule d'Arantius, s'arrête auparavant sur les côtés, formant ainsi deux bords concaves, dirigés vers la lumière du vaisseau. Chacune des valvules sigmoïdes comprend donc une partie très-mince, composée de deux feuillets, et une partie plus épaisse, qui en a trois. Or, c'est précisément à la limite de ces deux parties que correspondent habituellement les chapelets de petites végétations qu'on observe dans l'endocardite, et surtout dans l'endocardite rhumatismale.

[2] *Op. cit.*, t. II, p. 293 ; 4e édit.

[3] *Manual of practical medicine*. London, 1856.

là un exemple de ces phlegmasies au début, qui paraissent avoir le privilége d'offrir cette particularité anatomique[1].

On s'est demandé si dans l'endocardite, et plus particulièrement dans l'endocardite rhumatismale, ces productions végétantes étaient de nature inflammatoire, ou s'il fallait les considérer comme de simples dépôts de fibrine, consécutifs à l'excès de ce principe qui se rencontre dans le sang des rhumatisants, ainsi qu'à l'*inopexie*[2], qui existe incontestablement dans cette maladie. Cette opinion, qui remonte à Laennec, a été formellement contredite par MM. Bertin et Bouillaud, ainsi que par la plupart des observateurs contemporains; elle a été reprise dans ces derniers temps, surtout à l'étranger. Développée, au point de vue physiologique et chimique, par un auteur anglais, Simon[3], elle a été complétement adoptée par Fuller; elle est cependant repoussée en termes formels par Bellingham[4], et n'a jamais rencontré beaucoup de faveur en France. Nous croyons, avec la plupart de nos auteurs classiques, que l'apparition de ces produits est une conséquence de l'inflammation, d'autant plus qu'on les rencontre non-seulement à la surface interne du cœur, mais aussi sur le péricarde enflammé, qui n'a jamais aucun contact avec le sang, ainsi que le font observer MM. Béhier et Hardy[5].

Il est d'ailleurs évident qu'on peut faire ici la part

[1] Comptes rendus de la Société de biologie, 1858.

[2] Prédisposition spéciale à la coagulation de la fibrine (Vogel). De ἴς, ἰνὸς, fibrine; et πῆξις, coagulation.

[3] *Lectures on general pathology*. London, 1850.

[4] *Op. cit.*, part. II, p. 340.

[5] *Path. interne*, t. II, p. 910.

du travail pathologique et des phénomènes mécaniques qui concourent à la production de ces excroissances. Oui, sans doute, c'est l'inflammation qui ouvre la scène: l'endocarde s'épaissit, se dépolit, et se recouvre d'une exsudation plastique; mais les rugosités que présente alors la membrane enflammée seront un point d'appui pour les dépôts fibrineux qui se formeront par le battage du sang, et qui se localiseront de préférence sur les valvules, en raison même de leurs fonctions. Mais, à mesure que la maladie fait des progrès, à mesure que la lésion se consolide, pour ainsi dire, des vaisseaux pathologiques vont se développer autour du point malade; la masse fibrineuse se laissera pénétrer de lymphe plastique, finira par s'organiser, et pourra même renfermer des vaisseaux. C'est ainsi que l'observation plus complète des faits nous permet de concilier, jusqu'à un certain point, l'opinion primitive de Laennec avec celle des éminents cardiographes qui l'ont si vivement combattue[1].

Indépendamment des végétations dont les valvules du cœur peuvent devenir le siége, elles peuvent offrir, dans certains cas, une vascularité assez prononcée. On sait aujourd'hui, d'après Luschka[2], qu'à l'état normal, des vaisseaux se ramifient dans la valvule mitrale; mais dans les valvules semi-lunaires, leur existence est encore contestée[3], malgré les travaux de cet auteur, qui s'est efforcé d'y démontrer la présence de l'élément vascu-

[1] Consultez à ce sujet Friedreich, *op. cit.*, p. 333.
[2] *Das endocardium und die endocarditis. Virchow's Archiv.*, Band IV p. 171. 1852.
[3] Kolliker, *Eléments d'histologie humaine,* trad. Séc., p. 603. Paris, 1856.

laire [1]. On comprend aisément qu'à la suite d'une inflammation aiguë, ces vaisseaux pourront acquérir un volume beaucoup plus considérable et devenir plus apparents aux endroits où ils existaient déjà; ils peuvent même se développer sur des points où ils n'avaient jamais existé avant ce travail pathologique. En tout cas, il est incontestable que des vaisseaux très-apparents peuvent se développer, dans le cours de l'endocardite, sur les valvules aortiques aussi bien que sur la valvule auriculo-venticulaire gauche : c'est une disposition que nous avons représentée dans la planche I (fig. 1).

On comprend, d'après cela, que les valvules du cœur pourront quelquefois devenir le siége d'un processus inflammatoire bien marqué, analogue à celui qu'on rencontre dans tous les tissus vasculaires.

Nous croyons utile de placer sous les yeux du lecteur les principaux détails de l'observation qui se rapporte à l'altération que nous avons représentée, et qui, jusqu'à présent, n'avait été dessinée par aucun anatomiste.

OBSERVATION I.

Vascularité très-prononcée des valvules sigmoïdes de l'aorte, chez une rhumatisante.

D....., âgée de trente ans, exerçant la profession de blanchisseuse, est admise à l'Hôtel-Dieu, le 5 octobre 1861, dans le service de M. le professeur Rostan, remplacé par M. le docteur Vulpian.

Cette femme a été atteinte à trois reprises différentes de rhu-

[1] Luschka, *Die Structur der Halbmondförmig Klappen des Herzens.* Arch. für physiol. Heilkunde, IV Hept, p. 549, 1856; et *Die Blutgefasse der Klappen des menschlichen Herzens ;* Sitzungbericht der K. K. Academie zu Wien, vol. XXXVI, p. 367; 1856.

matisme articulaire aigu ; les deux derniers accès ont eu une durée de deux mois environ. Jamais la malade n'a présenté de signes d'une affection organique du cœur, soit dans l'intervalle des deux premiers accès, soit à la suite du troisième. Le quatrième accès s'était déclaré dix jours environ avant l'admission à l'Hôtel-Dieu ; la plupart des grandes jointures ont été engagées et la fièvre s'est montrée intense ; on n'a jamais constaté de signes positifs d'endocardite. La terminaison fatale a eu lieu le vingt-troisième jour de l'accès, à la suite des accidents, bien connus aujourd'hui, de l'encéphalopathie rhumatismale, lesquels n'avaient pas duré moins de huit jours.

Sans indiquer l'ensemble des résultats fournis par l'autopsie, nous nous bornerons à faire remarquer la vascularité très-prononcée et très-nette que présentent les valvules sigmoïdes de l'aorte. On y voit se dessiner de nombreux vaisseaux, très-déliés, apparents surtout sur la face ventriculaire des valvules, et qui semblent pénétrés d'une délicate injection de carmin. Ces vaisseaux sont disposés d'une manière assez régulière sur chaque valvule et de la manière suivante : deux troncs principaux partent des angles rentrants que forment les valvules à leur point d'accolement et se dirigent d'abord de haut en bas, se tenant à égale distance, à peu près, du bord libre et du bord adhérent de la valvule sur laquelle ils se répandent ; après un trajet de 5 à 6 millimètres, ces deux troncs se redressent de manière à former un arc à concavité supérieure, et se dirigeant vers le tubercule d'Arantius, au-dessous duquel ils s'anastomosent. Dans leur trajet, ces deux vaisseaux fournissent de nombreuses ramifications et en particulier une branche qui, née du tronc principal à une distance peu éloignée de son origine, se divise en bas parallèlement au bord adhérent de la valvule ; les rameaux de cette branche vont s'anastomoser avec ceux que fournit la branche du côté opposé. Tous ces vaisseaux, dont les ramifications s'abouchent fréquemment et forment en certains points un lacis très-serré, occupent exclusivement la partie opaque ou autrement dit la base des valvules sigmoïdes ; la partie transparente de celles-ci ne présente pas traces de vaisseaux.

Quant aux valvules mitrales, les vaisseaux y présentent la disposition si bien indiquée par Luschka, dans le mémoire sur l'endocardite auquel nous avons déjà fait allusion : c'est-à-dire que

les plus volumineux d'entre eux pénètrent dans la valvule par son bord adhérent, tandis que les plus ténus, provenant des muscles papillaires, s'accolent aux cordes tendineuses, et vont s'anastomoser avec les précédents [1].

La vascularisation de la valvule mitrale était portée à un très-haut degré, chez une malade dont nous rapporterons l'observation plus loin (Pl. I, fig. 2) au sujet des endocardites qui se rattachent au rhumatisme articulaire chronique. Nous avons cependant rapproché dans la même planche les deux figures qui reproduisent ces lésions, à cause des nombreuses analogies qui les unissent.

Il paraît donc incontestable que les valvules du cœur peuvent, dans certains cas, offrir une vascularisation manifeste, et, parmi les états pathologiques qui favorisent cette disposition, la diathèse rhumatismale paraît occuper le premier rang.

On pourrait essayer jusqu'à un certain point d'expliquer, d'après les considérations qui précèdent, pourquoi certaines formes d'endocardite grave se développent plus volontiers chez les rhumatisants que chez d'autres sujets. C'est ce qui semblerait avoir lieu, en particulier, pour l'endocardite ulcéreuse ; car, sur les treize observations rassemblées dans l'excellent travail de M. Vast [2] (1864), il en est six où le rhumatisme aigu et sub-aigu a été le point de départ des accidents.

Dans toutes les phlegmasies cardiaques qui ont laissé des traces permanentes sur la membrane interne du

[1] Cette observation a été publiée dans les Comptes rendus de la Société de Biologie (1861). Mais la planche qui l'accompagne est complétement inédite.

[2] *Thèses de Paris*, 1865.

cœur, une nouvelle attaque a presque toujours pour effet d'aggraver les lésions : cela est encore plus vrai pour l'endocardite rhumatismale que pour celles qui reconnaissent une cause différente. C'est alors qu'on voit les valvules subir des déformations de plus en plus considérables ; c'est alors qu'on voit grossir ces végétations fibrineuses dont les orifices du cœur étaient déjà le siége. Certaines maladies intercurrentes, certaines conditions générales de l'économie, parmi lesquelles il faut placer en première ligne l'état puerpéral (Simpson), paraissent agir dans le même sens.

Les concrétions polypeuses ainsi formées n'adhèrent quelquefois à leur point d'insertion que par un pédicule étroit, ce qui leur permet facilement de s'en détacher. Elles peuvent d'ailleurs subir un travail de ramollissement et de désagrégation, soit dans le cours même d'un accès de rhumatisme articulaire, soit après sa terminaison. C'est alors que des fragments plus ou moins volumineux, entraînés par le courant sanguin, peuvent aller se fixer sur certains points du système vasculaire, pour y déterminer des accidents souvent redoutables, mais dont la physionomie est loin d'être toujours la même. Nous consacrerons à cette partie du sujet un paragraphe spécial.

Les lésions anatomiques dont nous venons de tracer l'histoire sont-elles susceptibles de guérison ? La réponse à cette question dépend évidemment du degré auquel elles sont parvenues. Une faible quantité de liquide épanché dans le péricarde peut sans doute se résorber ; une légère effusion de lymphe plastique sur les valvules du cœur peut sans doute se résorber aussi, et, bien qu'il

soit impossible d'élucider cette question par l'anatomie pathologique, il semble assez probable que l'endocardite et la péricardite rhumatismale légères peuvent se terminer par une guérison complète; nous pouvons l'affirmer positivement pour la dernière de ces affections.

Il est certain que des sujets qui ont présenté des symptômes évidents de cardiopathie dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu peuvent se rétablir; on les voit souvent alors jouir d'une santé parfaite pendant de longues années. Mais cet heureux résultat ne dépend pas toujours de l'absence complète de lésions : on peut aussi l'expliquer par la facilité avec laquelle l'économie s'adapte quelquefois aux circonstances les plus défavorables. C'est ainsi qu'on rencontre souvent, à l'autopsie, des adhérences plus ou moins étendues du péricarde qui n'avaient point entravé l'action du cœur pendant la vie [1].

Mais, lorsqu'il existe une adhérence générale entre les deux feuillets de cette membrane, on doit s'attendre à une gêne considérable dans l'accomplissement des fonctions cardiaques, à une dilatation passive des cavités du cœur, quelquefois même à une dégénérescence graisseuse des parois ventriculaires.

Quant à l'endocardite, elle figure au premier rang parmi les causes de ces lésions valvulaires d'où dépendent les rétrécissements et les insuffisances des orifices du cœur ; car on peut invoquer l'influence du rhumatisme articulaire aigu dans le tiers environ des cas de

[1] Fuller, *op. cit.*, p. 174. — W. Budd, *in Tweedie's library of medicine*, t. V, p. 195.

cette espèce[1]. Cependant, lors même qu'elle a sensiblement modifié le jeu des valvules, l'endocardite n'a pas fatalement cette déplorable issue; on peut voir, en effet, les signes physiques et les troubles fonctionnels s'amender peu à peu, et disparaître complétement. Malheureusement la guérison, en pareil cas, n'est pas toujours permanente, et trop souvent les symptômes d'une insuffisance ou d'un rétrécissement se manifestent tôt ou tard. C'est ce dont on peut se convaincre lorsque l'observation porte non pas sur un court épisode de la vie du malade, mais sur une portion considérable de son existence.

Nous sommes donc ramené au principe formulé, il y a près d'un siècle, par David Pitcairn, et confirmé depuis par d'innombrables travaux : le rhumatisme reste encore pour nous la source principale des affections organiques du cœur.

SYMPTOMATOLOGIE DES AFFECTIONS RHUMATISMALES DU COEUR.

La symptomatologie particulière de l'endocardite et de la péricardite rhumatismales ne fournit aucun caractère vraiment spécifique. Nous ferons seulement observer que ces affections sont le plus souvent latentes, en

[1] Sur trois cents individus interrogés par M. Bouillaud (*Traité du rhumatisme*, p. 145), et chez lesquels existaient des lésions cardiaques, plus de la moitié faisaient remonter les symptômes de leur maladie à une ancienne attaque de rhumatisme articulaire aigu.— D'après le même auteur, les lésions de l'orifice mitral reconnaîtraient une origine rhumatismale dans la moitié des cas environ. — Bamberger (*Krankheiten des Herzens*, p. 184. Wien, 1857) admet la proportion d'un tiers, que nous avons indiquée dans le texte.

ce sens, du moins, qu'elles se révèlent à peu près exclusivement par des signes physiques qu'il faut rechercher à l'aide de la percussion, de l'auscultation et de la palpation.

Chomel, qui avait parfaitement reconnu ce fait, recommandait toujours d'explorer le thorax par l'auscultation et la percussion, toutes les fois que la fièvre paraissait être hors de proportion avec les phénomènes articulaires [1].

Ce précepte a été formulé depuis d'une manière encore plus absolue. «Il est absolument indispensable, dit Stokes, d'examiner jour par jour le cœur des rhumatisants, lors même qu'ils ne présentent aucun symptôme d'affection cardiaque, si l'on veut éviter d'être surpris par une péricardite imprévue [2]. » Ce que Stokes dit au sujet de la péricardite s'applique, à plus forte raison, à l'endocardite rhumatismale.

Cependant les palpitations, l'extrême fréquence et l'irrégularité du pouls, des mouvements respiratoires précipités, l'apparition d'un léger délire, l'expression sardonique du visage (Hope), pourront quelquefois attirer l'attention du médecin et le mettre sur la voie du diagnostic. Mais la dyspnée suffocante, l'anxiété vive, la douleur précordiale, les syncopes et en un mot la plupart des grands troubles fonctionnels font habituellement défaut.

Parmi les signes physiques de la péricardite, le bruit de frottement occupe incontestablement la première

[1] *Clinique médicale*, p. 192 ; 1837.

[2] *Traité des maladies du cœur et de l'aorte*, p. 47 ; trad. Sénac.

place. Il est plus fréquent, d'après Budd [1], dans la péricardite rhumatismale que dans celles qui se rattachent à d'autres causes. Ce phénomène est souvent accompagné du frottement perçu par la main appliquée sur la région précordiale, et que Fuller [2] attribue à des adhérences du péricarde avec le médiastin antérieur. La disparition de ce symptôme, lorsqu'elle coïncide avec l'extension de la matité précordiale, est l'indice d'un épanchement. Ces signes, il est vrai, sont le patrimoine commun de toutes les péricardites; mais dans le cours du rhumatisme articulaire, ils doivent être recherchés avec une attention toute spéciale, en raison de leur fréquence et de leur mobilité.

Des phénomènes d'un ordre tout différent peuvent aussi signaler le début d'une affection rhumatismale du cœur. Le caractère du malade semble s'être brusquement modifié : il devient taciturne, indolent, capricieux ; et sans offrir un véritable délire, il présente un léger degré d'aberration intellectuelle. Ce serait là, d'après Budd [3], l'un des premiers signes de la péricardite latente. Au reste, le délire aigu peut quelquefois s'emparer des malades en dehors de toute complication cérébrale; et beaucoup d'auteurs, en Angleterre surtout, sont disposés à rattacher ce phénomène aux troubles de la circulation cérébrale, qui résultent d'une affection cardiaque aiguë [4]. Il est certain que, dans plusieurs cas de ce genre où

[1] *Loc. cit.*, p. 194.

[2] *Loc. cit.*, p. 185.

[3] *Loc. cit.*, p. 192.

[4] Burrows est l'un des auteurs qui ont le plus spécialement insisté sur ce point. Nous aurons l'occasion d'y revenir au sujet des accidents cérébraux du rhumatisme articulaire aigu.

l'autopsie n'a rien révélé du côté de l'encéphale, on trouve des altérations manifestes du péricarde ou du cœur[1]. Mais il faut aussi tenir compte de l'intolérable position d'un malheureux qui ne peut exécuter aucun mouvement ni satisfaire aucun besoin, sans éprouver des douleurs excessives. Ne peut-on pas expliquer de la sorte, sinon le délire aigu, du moins un certain degré d'irritabilité morale?

C'est ordinairement entre le cinquième et le dixième jour de l'accès, lorsque l'affection articulaire sévit dans toute son intensité, que les affections du cœur se déclarent. Toutefois, ce n'est point ici une règle absolue: elles peuvent se manifester dès les premiers jours du rhumatisme, ou plus tard, dans la période de décours, du quinzième au vingt-quatrième jour[2]. Nous avons même vu plus haut que la péricardite rhumatismale peut se déclarer d'emblée, avant même que les douleurs articulaires aient paru, et qu'elle peut les précéder de plusieurs jours. Aucune modification dans les symptômes principaux de la maladie ne signale, en général, l'invasion des affections cardiaques; quelquefois, cependant, on

[1] Fuller, *loc. cit.*, p. 201. — Latham, *Clin. lect.*, t. II, p. 19.

[2] Taylor (*Medico-chir. trans.*, vol. XXVIII) a noté l'époque de l'invasion de la péricardite dans 14 cas de rhumatisme aigu : deux fois la péricardite a précédé le rhumatisme; deux fois elle est survenue le premier jour, trois fois le troisième jour, une fois le quatrième jour, trois fois du huitième au neuvième jour, deux fois le onzième, et une fois le dix-septième jour. — Sur 41 cas, Fuller (*loc. cit.*) a vu la péricardite dix-neuf fois survenir avant le septième jour, dix-huit fois du cinquième au dixième jour, deux fois le douzième jour, deux fois du dix-septième au vingt-quatrième jour. — C'est du sixième au dixième jour du rhumatisme, suivant Hughes, du sixième au quatorzième suivant Bamberger, le dixième suivant Ormerod, que la péricardite se déclare le plus habituellement.

observe un amendement passager des manifestations arthritiques, ou même de la fièvre, qui d'ailleurs reprennent bientôt leur intensité première. Il y aurait là, suivant M. Bouillaud, une sorte de révulsion semblable à celle qui résulterait de l'application d'un vésicatoire[1].

Une fois constituées, les affections rhumatismales du cœur affectent une *marche* à peu près continue, et ne présentent pas la mobilité des phénomènes articulaires. Elles ont en général une assez courte *durée*, et disparaissent en même temps que les symptômes articulaires, quelquefois même avant cette époque ; cependant il n'est pas rare de les voir survivre quelques jours au rhumatisme des jointures.

La *terminaison* de ces maladies est donc en général favorable ; on les voit rarement acquérir assez d'intensité pour déterminer immédiatement une terminaison fatale, à moins qu'il ne s'agisse d'une péricardite avec épanchement abondant et rapidement formé, ou d'une endo-péricardite très-intense[2]. Mais lorsqu'elles s'accompagnent d'affections pulmonaires étendues, elles peuvent contribuer puissamment à amener la mort. Enfin la péricardite et l'endocardite rhumatismales, cette dernière surtout, passent souvent à l'état chronique, et engendrent, à la longue, des vices organiques incurables, ainsi que nous l'avons signalé plus haut.

Le *diagnostic* des complications cardiaques du rhu-

[1] Bouillaud, *Traité clinique du rhumatisme articulaire*, p. 382.

[2] Sur 63 cas d'endocardite rhumatismale recueillis par Latham, aucun ne s'est terminé par la mort pendant l'état aigu. Sur 11 cas d'endo-péricardite, trois fois la mort a eu lieu pendant la durée même du rhumatisme.

matisme repose en première ligne sur la constatation des signes physiques, ainsi que nous l'avons déjà prouvé. Lorsque ceux-ci font défaut, on ne pourra rien affirmer avec certitude. Les troubles fonctionnels ne suffisent pas, en effet, pour autoriser le médecin à formuler une opinion positive. On doit se garder de confondre ces palpitations qui annoncent l'invasion d'une maladie du cœur, dans le cours d'un rhumatisme, avec celles que M. Bouillaud a signalées sous le nom de *palpitations rhumatismales* [1], et qui, survenant sous les mêmes influences que les douleurs ambulantes, coïncident parfois avec des intermittences du pouls, et causent une inquiétude extraordinaire aux sujets qui en sont tourmentés.

Lorsque des signes stéthoscopiques manifestes auront été constatés, il faudra se demander encore s'ils se rattachent à la maladie actuelle, ou à des affections organiques d'ancienne date. Si le malade, placé, dès le début, entre les mains de l'observateur, a été soigneusement ausculté de jour en jour, il sera facile de résoudre ce problème ; dans le cas contraire, on sera forcé de s'en rapporter à des renseignements trop souvent infidèles ou incomplets, et le diagnostic sera d'une difficulté extrême.

Enfin, si la péricardite offre des symptômes physiques qui permettent, en général, d'en affirmer positivement l'existence, nous savons que l'anémie rhumatismale peut fort bien simuler les traits caractéristiques de l'endocardite. Il faudra tenir compte, en pareil cas, de l'état général du malade, du genre de traitement qu'il a subi,

[1] *Traité des maladies du cœur*, t. I, p. 334.

et des conditions hygiéniques dans lesquelles il a vécu. Il ne faudra pas oublier, d'ailleurs, que l'anémie et l'endocardite rhumatismales peuvent fort bien *coïncider* chez le même sujet [1].

Le *pronostic* des complications cardiaques du rhumatisme aigu, comme on le voit, est subordonné à une multitude de circonstances concomitantes. D'une manière générale on peut affirmer qu'il est favorable pour le présent, et plein de menaces pour l'avenir ; mais il peut se trouver singulièrement aggravé par l'intervention des phlegmasies pulmonaires, par l'intensité des lésions du cœur, ou par l'état général du malade : d'ailleurs, il faut tenir compte des complications que nous allons maintenant étudier [2].

B. *Embolies artérielles et capillaires ; infarctus viscéraux.*

Nous avons vu que des végétations fibrineuses, formées dans le cours de l'endocardite, peuvent se dé-

[1] Voici, d'après Bellingham, les signes qui permettraient de distinguer l'anémie rhumatismale d'une affection du cœur :

1° Elle survient à une période plus avancée de la maladie, et se montre surtout lorsqu'on a prescrit les mercuriaux ou pratiqué des saignées ;

2° Le souffle cardiaque est habituellement doux et s'accompagne d'un murmure continu dans les vaisseaux du cou ;

3° Il n'a pas été précédé par des palpitations violentes ; d'ailleurs, le malade présente les signes généraux de l'anémie ;

4° Les toniques amendent les symptômes ; le traitement antiphlogistique les aggrave.

On voit que, dans beaucoup de cas, ces données seraient insuffisantes pour établir le diagnostic.

[2] Nous indiquerons le traitement des affections rhumatismales du cœur, en même temps que celui des autres complications viscérales du rhumatisme articulaire aigu, car il nous paraît impossible de scinder cette partie du sujet.

tacher de leurs insertions, et, projetées dans le torrent circulatoire, aller produire des obstructions vasculaires sur une foule de points divers.

Dans l'endocardite rhumatismale, c'est habituellement dans le cœur gauche que siégent ces concrétions, ainsi que nous l'avons déjà fait observer. C'est donc dans le système à sang rouge que se produira le plus souvent leur migration pathologique.

On nous accusera peut-être de sortir ici de notre sujet. Nous avons, au contraire, la ferme conviction de rester au cœur même de la question. Si les infarctus ne sont pas des manifestations viscérales du rhumatisme, ils sont indubitablement les conséquences d'une affection viscérale par excellence, et à laquelle personne ne conteste le caractère rhumatismal. L'endocardite est, en effet, la porte d'entrée par laquelle une multitude d'altérations graves s'introduisent au sein des organes intérieurs, à la suite du rhumatisme articulaire. D'ailleurs, un grand nombre de ces lésions ont été décrites comme des effets de l'action immédiate et directe de l'influence diathésique : c'est ce qui a eu lieu, par exemple, pour la néphrite rhumatismale, et il nous paraît infiniment probable que les apoplexies rhumatismales des anciens n'étaient, dans un grand nombre de cas, que des ramollissements cérébraux consécutifs à une lésion du cœur.

Enfin cette étude offre, au point de vue clinique, un intérêt de premier ordre. On peut effectivement formuler le diagnostic de ces lésions dans un certain nombre de cas, comme nous le verrons plus loin. On peut en prévoir la marche, et s'il est difficile d'en arrêter les progrès, on peut du moins en établir le pronostic.

Voilà pourquoi nous avons cru devoir aborder cette étude si importante, et sans laquelle notre travail serait resté nécessairement incomplet. Nous passerons rapidement en revue les effets que peuvent déterminer ces obstructions vasculaires sur divers points de l'économie ; et pour ne pas dépasser les limites qui nous sont imposées par les circonstances, nous n'insisterons que sur les côtés vraiment intéressants de la question.

1° *Membres inférieurs et supérieurs.* — Quand le fragment détaché est un peu volumineux, il pourra, s'il se transporte dans les artères des membres, y déterminer une oblitération complète [1]. Mais l'étude de ces lésions ne rentre pas dans notre sujet; contentons-nous d'en signaler l'existence.

2° *Encéphale.* — Lorsque l'embolus est d'un volume assez considérable pour oblitérer une artère importante, il pourra déterminer une hémiplégie instantanée ; un ramollissement consécutif se produira presque toujours.

Dans l'une des observations de Kirkes, il existait des lésions cardiaques à la suite d'un rhumatisme articulaire. Le malade fut pris subitement d'une hémiplégie et mourut avec les signes d'un ramollissement cérébral. A l'autopsie, on trouva une oblitération de l'artère cérébrale moyenne, du côté correspondant au ramollissement. Ce fait peut être regardé comme le type des accidents de cette espèce.

Les embolies capillaires, en oblitérant de très-petits

[1] Consultez Watson, *Principles and practice of physic*, t. II, p. 314; 4e édit. — Tuffnell, *Dublin quarterly Journal*, vol. XV, p. 371. — Goodfellow, *Transactions of the Medico-chir. Society of London*, vol. XXVIII, 2e sér., 1862.

vaisseaux, peuvent déterminer des résultats analogues; mais, après la mort, on trouvera les principales artères du cerveau encore perméables. Dans sa *Clinique médicale*, M. le professeur Trousseau en rapporte un cas dont nous avons été témoin nous-même. Il s'agit d'une femme de trente-deux ans, chez laquelle une hémiplégie du côté droit avec aphasie s'était brusquement développée à la suite d'une vive contrariété. La paralysie existait depuis deux ans, lorsque la malade fut admise à l'Hôtel-Dieu pour une pneumonie aiguë. On reconnut alors l'existence d'une endo-péricardite chronique, avec insuffisance mitrale, qui se rattachait à un rhumatisme articulaire, dont la malade avait été atteinte à l'âge de vingt ans.

M. Trousseau, s'appuyant sur la présence de cette lésion cardiaque, avait diagnostiqué un ramollissement cérébral circonscrit, avec oblitération par embolie, de l'une des artères cérébrales. Cette femme ayant succombé plus tard dans le service de M. Charcot, à la Salpêtrière, on trouva effectivement un ramollissement à gauche, dans le noyau intraventriculaire du corps strié; mais les artères cérébrales n'étaient point oblitérées. Il existait des infarctus des reins et de la rate, et des végétations polypeuses d'ancienne date sur les valvules aortiques, ainsi qu'une insuffisance mitrale[1]. La coexistence de lésions valvulaires multiples et de dépôts fibrineux dans divers viscères, permet de supposer qu'il y avait eu, du côté de l'encéphale, des oblitérations capillaires par embolie.

[1] Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, t. II, p. 587, et Bouchard, *Comptes rendus de la Société de Biologie*, 1864, p. 111.

Les lésions de cet ordre paraissent être assez fréquentes dans les affections cardiaques développées chez les rhumatisants. M. Lancereaux, dans sa thèse[1], attribue à cette cause plus de la moitié des faits pathologiques qu'il a rassemblés.

3° *Reins.* — On sait que les lésions anatomiques de la néphrite rhumatismale ont été signalées et décrites avec une remarquable exactitude par M. Rayer[2]. On peut les résumer de la manière suivante, d'après la description de cet éminent observateur :

1° Dépression à la surface du rein ;

2° Dépôt d'une matière solide, ferme et jaunâtre ;

3° Adhérence intime de la capsule fibreuse avec le parenchyme rénal ;

4° Epaississement de cette capsule fibreuse.

Il est aujourd'hui démontré, d'après les travaux de Kirkes, de Virchow, de Cohn et de plusieurs autres anatomistes, que ces prétendues lésions rhumatismales des reins ne sont autre chose que des oblitérations artérielles, et sont, par conséquent, placées sous la dépendance des maladies du cœur. C'est là un fait que l'observation clinique avait pressenti avant que l'anatomie pathologique ne l'eût prouvé. « Il suffira, dit M. Rayer (*loc. cit.*), de jeter un coup d'œil sur les cas de néphrite rhumatismale que je rapporterai plus loin, pour se convaincre que les lésions du péricarde, les maladies du cœur et les altérations de ses valvules sont, de toutes les lésions, celles qui coïncident le plus souvent avec la néphrite rhumatismale. »

[1] *De la thrombose et de l'embolie cérébrales* (*Thèses de Paris*, 1862).
[2] *Traité des maladies des reins*, t. II, p. 73.

Les figures 2, 5, 6 et 7 de la planche V de l'Atlas du *Traité des maladies des reins*, sont des exemples de néphrite rhumatismale, chez des sujets atteints d'une maladie du cœur : et les lésions qu'on y voit représentées correspondent parfaitement à la description suivante des embolies capillaires du rein, que nous empruntons à l'une des thèses les plus remarquables de la Faculté de Strasbourg :

« L'infarctus commence par une tache anémique du tissu rénal ; cette tache est bientôt entourée d'un bord rouge qui la sépare des parties saines. Ce n'est que l'hypérhémie consécutive qui gagne de plus en plus sur la partie exsangue et ne laisse souvent qu'un point central blanc, jaunâtre, ressemblant à une petite pustule entourée d'une auréole hémorrhagique. Ce point central ne doit pas sa coloration à l'anémie, mais bien aux transformations qu'il a subies. En effet, à la suite des extravasations on observe dans le stroma une dégénérescence graisseuse plus ou moins rapide autour des vaisseaux exsangues et affaissés. Cette dégénérescence gagne les canaux épithéliaux, les noyaux des cellules de Malpighi disparaissent, et autour des pelotons vasculaires se déposent des gouttelettes de graisse. Somme toute, nous avons la dégénérescence graisseuse autour des canaux ratatinés et affaissés, tandis que les glomérules de Malpighi restent intacts.

« Autour de ce foyer, les parties saines bourgeonnent. Alors un travail lent d'absorption commence à l'aide des vaisseaux des tissus qui limitent l'infarctus, et il s'ensuit une cicatrice plate, dans les mailles de laquelle on ne trouve plus que les glomérules de Malpighi et quel-

ques cellules graisseuses qui ont échappé à l'absorption. Quelquefois ces foyers, au lieu de subir la dégénération graisseuse, se ramollissent par détritus simple, et la cicatrice se fait de même[1]. »

Nous n'insisterons pas longuement sur les symptômes de la néphrite rhumatismale, qui se caractérise surtout par des hémorrhagies rénales, de l'albuminurie et des douleurs violentes à la région lombaire. C'est à l'aide de ces symptômes que Traube[2] a réussi à diagnostiquer un infarctus du rein, chez un sujet atteint d'endocardite. On voit donc que l'étude de ces lésions peut, en mainte circonstance, favoriser les progrès de la médecine pratique.

Nous avons donné (pl. II, fig. 3), d'après M. Charcot, une figure qui se rapporte à des lésions de cette espèce. L'observation qui s'y rattache est un exemple frappant de lésions multiples développées à la suite d'une affection du cœur[3].

Il s'agit d'un rhumatisant qui succomba après avoir présenté des phénomènes comateux et une hémiplégie gauche. A l'autopsie, on trouva des végétations sur la valvule mitrale, qui était ulcérée; un ramollissement cérébral autour des couches optiques et des corps striés et des taches d'un blanc jaune ou verdâtre dans la rate. « Les reins, dit M. Charcot, ont à la coupe leur aspect normal, quant à la texture et à la coloration ; seulement ils contiennent çà et là, surtout au voisinage de la capsule, des taches jaunes analogues par leur aspect et leur

[1] Herrmann, *Des lésions viscérales suites d'embolie* (*Thèses de Strasbourg*, 1864).

[2] Traube, *Ueber den Zusammenbang von Herz-und Nieren-Krankheiten*, Berlin, 1856. — M. Charcot possède quelques faits analogues.

[3] *Comptes rendus de la Société de biologie*, p. 89 ; 1851.

constitution microscopique à celles que nous avons rencontrées dans la rate : mais elles sont plus dures, à peine friables, et entourées d'une sorte d'auréole violacée. Examinée attentivement, au niveau des taches jaunâtres, la substance du rein paraît conservée en ce sens qu'on y observe, à la coupe, une foule de stries, indiquant les pyramides de Ferrein. » (Cette disposition est très-nettement indiquée dans la planche.)

« Au microscope, les dépôts plastiques du rein et de la rate ont paru composés d'une matière amorphe contenant une foule de granulations élémentaires, et de globules arrondis composés de beaucoup de granulations, mais n'ayant pas de contours bien nets, analogues en un mot aux globules pyoïdes. Il n'y avait pas de globules purulents. »

M. Charcot venait de mettre la main, sans le savoir, sur un cas d'embolies capillaires multiples, occasionnées par une endocardite d'origine rhumatismale. L'explication de ces phénomènes n'a point été immédiatement trouvée ; mais le fait est resté, et nous savons l'interpréter aujourd'hui.

4° Le *foie* peut aussi devenir le siége de ces infarctus fibrineux; mais l'altération de cet organe, consécutivement à l'endocardite rhumatismale, est un fait très-exceptionnel.

5° Il n'en est pas ainsi de la *rate*, qui présente très-fréquemment, au contraire, des lésions de ce genre. On trouve alors, à la surface de l'organe, des dépressions anomales; son enveloppe péritonéale est injectée, souvent épaissie. Dans la partie correspondante du parenchyme on trouve des infarctus en forme de coin, la

pointe dirigée vers le hile : ce qui tient au mode de distribution bien connu des vaisseaux de la rate. Ces foyers, quand ils sont récents, sont durs et d'une couleur foncée; plus tard ils pâlissent, et le microscope nous y montre des débris de globules sanguins, des cristaux d'hématine et des éléments de la substance propre de l'organe. Plus tard une partie du contenu, quelquefois sa totalité, est résorbée, et de là l'affaissement de la substance correspondante. (Hermann.)

Les infarctus de la rate et du rein sont au nombre des conséquences les plus fréquentes du rhumatisme articulaire aigu, d'après Wunderlich[1], — ce qui tient évidemment à la fréquence des maladies rhumatismales du cœur.

6° Jusqu'ici nous avons supposé que le siége des végétations fibrineuses destinées à fournir des caillots migratoires est le ventricule gauche. Mais le *ventricule droit* peut aussi devenir le point de départ de semblables accidents; c'est alors la circulation pulmonaire qui est en cause, et qui peut être brusquement suspendue, si le polype détaché des parois cardiaques offre un volume considérable : on aurait alors tous les accidents de l'embolie pulmonaire[2]. On conçoit aussi que des embolies

[1] Wunderlich, *Pathologie und Therapie*, Band IV, p. 671. — Consultez aussi Ormerod, *Lectures on diseases of the heart*, in *London medical Gazette.*, t. XII, p. 620; 1851. Il insiste sur le rapport entre ces lésions et les maladies valvulaires du cœur.

[2] Un cas de ce genre vient d'être publié dans le *Lancet* de Londres, (p. 19, 1865), par Goddard Rogers. — Il s'agit d'un cas de rhumatisme articulaire aigu, avec endocardite, dans lequel le sujet fut subitement pris, au quinzième jour, d'une orthopnée qui détermina la mort dans l'espace de dix minutes. A l'autopsie, on trouva l'artère pulmonaire oblitérée par un caillot volumineux parti du cœur droit.

capillaires du poumon pourraient se produire par un mécanisme analogue. Mais nous ne connaissons aucun fait de ce genre qui se rapporte à l'endocardite rhumatismale.

Nous n'insisterons pas davantage sur ce point, dont l'étude approfondie nous entraînerait trop loin. Qu'il nous suffise d'avoir montré que, par l'intermédiaire du cœur, le rhumatisme articulaire aigu tient sous sa dépendance tous les viscères à la fois, et peut les frapper des lésions les plus graves, sans qu'il soit nécessaire d'invoquer l'intervention directe de la maladie générale.

Loin de nous, d'ailleurs, la pensée de nier cette intervention directe du rhumatisme dans beaucoup d'affections viscérales ! Nous tenons seulement à la circonscrire dans de justes limites, et à ne rien lui accorder qui ne lui appartienne de plein droit.

C. *Concrétions polypeuses du cœur.*

Indépendamment de ces petites végétations verruqueuses, qui s'implantent de préférence sur les valvules du cœur, il peut se former dans les cavités de cet organe des masses volumineuses de fibrine, qui peuvent occasionner des accidents redoutables, et même une mort rapide, en envoyant des prolongements cylindriques dans les gros vaisseaux.

On a quelquefois considéré ces polypes comme le résultat de la stase du sang pendant les derniers instants de l'agonie, ou même après la mort. Mais il est au-

jourd'hui démontré, d'après les expériences de M. le professeur Grisolle et les recherches de plusieurs autres observateurs, que c'est bien pendant la vie et pendant la circulation du sang que se forment ces concrétions blanches, résistantes et stratifiées qu'on rencontre parfois dans le cœur des sujets qui ont présenté des troubles cardiaques particuliers pendant les derniers jours de la vie.

M. Bouillaud, qui insiste avec raison sur la gravité extrême de ces accidents, a donné une excellente description des polypes fibrineux du cœur, à la fin de son traité sur les maladies de cet organe. Il en a signalé la fréquence chez les malades atteints de rhumatisme articulaire aigu : ce serait là, d'après lui, l'une des causes les plus fréquentes de la mort dans cette maladie.

C'est seulement à ce titre que nous avons cru devoir mentionner cette complication du rhumatisme, qui n'appartient pas, il est vrai, au rhumatisme viscéral, mais qui vient souvent en aggraver l'une des formes les plus fréquentes, à savoir, l'endocardite aiguë. Ces gros polypes, souvent pédiculés, et flottants dans les cavités du cœur, peuvent, en se détachant, amener les accidents les plus graves : ils produiront alors des oblitérations, mais des oblitérations des branches les plus importantes de l'arbre artériel.

D. *Lésions du système artériel.*

La structure de la membrane interne des grosses artères étant identiquement la même que celle de la membrane interne du cœur, il semblerait assez naturel,

au premier abord, de lui attribuer la même susceptibilité pathologique en présence de l'influence rhumatismale.

Cependant l'artérite aiguë est un phénomène qui se présente bien rarement à l'observateur, dans le cours de l'affection articulaire; et lorsque, chez un rhumatisant, on rencontre une oblitération artérielle, avec toutes ses conséquences, il faut songer tout d'abord à la possibilité d'une embolie.

Nous sommes heureux de pouvoir nous appuyer ici sur l'autorité de MM. Béhier et Hardy, qui s'expriment à cet égard de la manière suivante[1] :

« Dans des cas de phlegmasie viscérale, on a noté l'inflammation des artères même éloignées : c'est ainsi que, récemment, nous avons vu une inflammation des artères crurale et poplitée se déclarer chez un homme atteint de pneumonie : mais dans ces circonstances, il est probable que l'inflammation artérielle a été admise à tort, et que l'arrêt de la circulation était bien plutôt le résultat d'une embolie favorisée par l'augmentation de la fibrine du sang, qu'on trouve dans les inflammations. »

Nous n'avons point à nous occuper, d'ailleurs, des accidents qui surviennent dans les artères périphériques, et qui sont étrangers à notre sujet. Nous rappellerons seulement que l'aortite aiguë et la dégénérescence athéromateuse des artères, ont été rapportées par divers auteurs, à l'influence rhumatismale : mais rien n'est moins démontré que cette hypothèse, et en l'absence de preuves satisfaisantes, il convient de rester sceptique à cet égard.

[1] *Traité de pathologie interne*, t. II, p. 992; 2e édit.

E. *Lésions du système veineux.*

L'existence d'une phlébite rhumatismale est admise par d'éminentes autorités contemporaines[1], qui n'ont cependant pas réussi à entraîner toutes les convictions. Nous n'avons point mission d'intervenir dans le débat; car la phlébite d'origine rhumatismale n'ayant jamais été signalée pour les gros troncs veineux qui siégent dans les grandes cavités viscérales, la phlébite des veines extérieures ne doit point nous occuper ici.

§ II.—Appareil respiratoire.

A. *Pneumonie, pleurésie, bronchite*[2].

Les affections pulmonaires, dans le cours du rhumatisme, ont été incontestablement observées par les anciens médecins. La mobilité extrême des phénomènes articulaires, ainsi que le fait observer M. le professeur Grisolle, avait même engagé nos prédécesseurs à s'exagérer la fréquence de ces affections viscérales, qu'ils regardaient comme des métastases du rhumatisme.

C'est ainsi que nous trouvons, dans les auteurs du siècle dernier, de nombreuses observations où de l'oppression, de la dyspnée et une expectoration sanglante

[1] Bouillaud, *Traité du rhumatisme*, p. 238. — Trousseau, *Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu*, t. II, p. 592.

[2] M. le docteur Vulpian, dans sa *Thèse sur les pneumonies secondaires* (Concours de l'agrégation, 1859), a consacré plusieurs pages à l'histoire de la pneumonie rhumatismale. Nous avons fait de nombreux emprunts à cet intéressant travail.

se sont manifestées au cours d'un accès [1]. Ils n'hésitaient pas à considérer ces phénomènes comme le résultat d'un transport du rhumatisme sur les poumons; et un auteur illustre, qui par l'époque où il vivait est presque notre contemporain, mais qui par ses idées se rattache aux grands médecins du siècle précédent, Barthez, n'hésite point à affirmer que, de toutes les complications viscérales du rhumatisme, la pneumonie est la plus commune.

On ne peut cependant pas accorder une grande valeur aux observations de ce genre, recueillies avant la découverte de l'auscultation. Il est en effet complétement impossible de savoir si de tels symptômes devaient être rattachés à une pleurésie, à une pneumonie, à une congestion pulmonaire, ou, ce qui est plus probable encore, à une affection du cœur, et peut-être à une apoplexie pulmonaire consécutive.

C'est donc à partir d'une époque relativement assez récente, que datent nos connaissances les plus positives à cet égard. Mais peut-être les auteurs modernes sont-ils tombés dans l'excès opposé à celui des anciens. Ils considèrent les affections pulmonaires en général, et la pneumonie en particulier, comme des manifestations peu communes, ou même comme des affections intermittentes, et purement accidentelles, survenues dans le cours du rhumatisme articulaire aigu. M. le professeur Grisolle, dans son excellente monographie [2], affirme que

[1] Consultez Musgrave, *De Arthritide anomalâ sive internâ.* — Stork, *Anni med. secundi*, p. 119. — Stoll, *Ratio medendi*, t. III, p. 56. — Barthez, *Maladies goutteuses*, p. 128. Paris, 1819.

[2] *Traité de la pneumonie*, p. 175; 2e édit.

les phlegmasies pulmonaires sont l'une des complications les plus rares de cette maladie, surtout à Paris. Le climat aurait-il quelque influence à cet égard? Toujours est-il que d'importantes statistiques, recueillies en Angleterre dans ces derniers temps, sont venues infirmer l'exactitude de cette opinion.

Sur 246 cas de rhumatisme articulaire qu'il a relevés, Fuller[1] n'a pas trouvé moins de 41 cas d'affections pulmonaires, c'est-à-dire 1 sur 6. Ces affections étaient distribuées comme il suit : 19 pneumonies ou broncho-pneumonies, et 9 pleuro-pneumonies (en tout 28 inflammations parenchymateuses), 4 pleurésies, 19 bronchites. Latham [2] a trouvé, sur 136 cas de rhumatisme articulaire aigu, 24 cas d'affections pulmonaires (1 sur 5 1/2), dont 18 pneumonies, 4 bronchites, 2 pleurésies. Taylor et Ormerod ont obtenu des résultats qui concordent avec les précédents. Enfin, à Leipzig, Wunderlich [3] a noté 12 affections pulmonaires, à savoir : 7 pneumonies, dont 4 étaient doubles, et 5 pleurésies, sur 108 rhumatisants.

Sans vouloir exagérer la portée de ces travaux, nous devons reconnaître qu'ils tendent à établir, contrairement aux idées régnantes, que les affections pulmonaires, sous le rapport de leur fréquence dans le rhumatisme aigu, viennent se placer à côté des maladies du cœur; et que, de toutes les inflammations de l'appareil respiratoire, les pneumonies sont celles qu'on observe le plus souvent; les bronchites et les pleurésies

[1] *Loc. cit.*, p. 314.
[2] Latham, *loc. cit.*, t. I, p. 159.
[3] Wunderlich, *loc. cit.*, p. 617 et 621.

ne venant qu'en deuxième et en troisième ligne. De nouvelles recherches seraient peut-être nécessaires pour fixer définitivement ce point intéressant.

Quoi qu'il en soit, les affections dont il s'agit se montrent de préférence dans les cas où il existe déjà une affection du cœur, endocardite ou péricardite, et surtout cette dernière. Il est rare de les rencontrer chez les rhumatisants dont le cœur est resté à l'abri de toute atteinte, quand même l'attaque serait d'une notable intensité[1]. Elles semblent accuser, par conséquent, bien plus encore que les affections du cœur, une tendance prononcée à la diffusion viscérale des manifestations du rhumatisme. A ce point de vue, elles présentent déjà une gravité d'un ordre particulier : mais, en outre, l'observation démontre qu'elles ont fréquemment une grande étendue, et qu'elles sont doubles, presqu'aussi souvent qu'unilatérales. (Latham, Fuller, Wunderlich.)

LÉSIONS ANATOMIQUES.

L'anatomie pathologique de la pneumonie rhumatismale est encore à peine ébauchée. Dans plusieurs cas observés par M. Ormerod[2], les lésions étaient celles de

[1] Sur 46 cas de rhumatisme articulaire sans affection du cœur, Latham a trouvé 5 cas d'affection pulmonaire (1 sur 9) ; sur 90 cas où le cœur était atteint, il existait dix-neuf fois une affection pulmonaire (1 sur 5).— Sur 11 cas de péricardite rhumatismale, Taylor (*Medico-chirur. trans.*, vol. XXVIII, p. 514) a noté 5 pleurésies, 4 pleuro-pneumonies, 1 pneumonie. Enfin, sur 61 cas de rhumatisme articulaire aigu, avec péricardite ou endopéricardite, Ormerod (*Medico-chirur. trans.*, vol. XXXVII, p. 11) a rencontré 24 cas d'affection pulmonaire, à savoir : 17 pneumonies (4 cas mortels), 4 pleurésies (2 cas mortels), 3 pleuro-pneumonies.

[2] *British medical Journal*, p. 1026 ; 11 déc. 1858.

la splénisation ou du collapsus pulmonaire. Des traces d'inflammation existaient alors sur la membrane muqueuse des petites bronches. Un fait recueilli par M. le docteur Bourdon [1], paraît devoir rentrer dans cette catégorie. C'est, vraisemblablement, la splénisation ou le collapsus qui existent dans les cas de pneumonie rhumatismale à résolution rapide. Toutefois, dans une observation de M. Charcot, que nous allons bientôt rapporter, les signes fournis par l'auscultation et la percussion semblaient plutôt indiquer une hépatisation. D'ailleurs, dans bon nombre de nécroscopies rapportées par Fuller [2], l'hépatisation rouge ou grise se trouve expressément indiquée.

Il semblerait, d'après cela, qu'il existe au moins deux formes anatomiques de pneumonie rhumatismale : l'une d'elles correspond à la splénisation du poumon, l'autre à la pneumonie granuleuse ou intra-vésiculaire.

La pleurésie liée au rhumatisme ne présente aucun caractère nécroscopique particulier. Quelquefois sèche, elle détermine assez souvent des épanchements séreux qui peuvent devenir très-abondants, surtout chez les sujets affaiblis. Dans quelques cas très-exceptionnels, le liquide est purulent [3].

SYMPTOMATOLOGIE DES AFFECTIONS PULMONAIRES LIÉES AU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU.

Semblables aux affections du cœur, les manifestations pulmonaires du rhumatisme ne présentent aucun signe

[1] *Union médicale*, p. 469 ; 1860, n° 69,
[2] *Loc. cit.*, p. 203 et suiv. ; obs. 1, 2, 9, 15.
[3] Fuller, *loc. cit.*

caractéristique qui permette de les distinguer des autres phlegmasies de l'appareil respiratoire ; et c'est surtout par l'ensemble de leur physionomie, de leur marche et de leurs transformations, qu'elles acquièrent un certain cachet d'individualité.

Latentes à leur début, ces affections se développent et s'aggravent en général d'une façon sourde et insidieuse ; elles ne produisent guère de troubles fonctionnels alarmants qu'après avoir acquis une assez grande extension ; aussi échappent-elles le plus souvent à un examen superficiel : de là ce précepte éminemment pratique de Chomel[1], qu'il faut de temps en temps explorer par l'auscultation et la percussion les régions thoraciques qui correspondent au poumon, tout aussi bien que celles qui correspondent au cœur.

Au moment où les affections pulmonaires font invasion, on voit quelquefois les symptômes arthritiques s'amender ou même disparaître, soit passagèrement, soit pour toujours. « Les anciens disaient alors qu'il y avait *métastase*, ou transport de la cause rhumatismale des jointures sur les poumons. Quelques faits recueillis par les médecins modernes viennent confirmer cette manière de voir[2]. »

M. le professeur Grisolle, que nous venons de citer textuellement, a rassemblé quelques cas de ce genre, empruntés, les uns à sa propre pratique, les autres à MM. Andral, Louis et Dalmas.

On a rapporté aussi des exemples de pneumonies et de pleurésies développées, comme manifestations du

[1] Chomel et Requin, *loc. cit.*, p. 206.
[2] Grisolle, *loc. cit.*, p. 175.

rhumatisme, plusieurs jours avant l'apparition des affections articulaires[1], ce qui permet d'établir un rapprochement à cet égard entre les organes respiratoires et le cœur.

Pour être liées au rhumatisme, la pleurésie et la bronchite n'en ont pas moins une marche continue, et à cet égard elles se comportent à peu près comme si elles étaient primitives et indépendantes. Il en est généralement de même de la pneumonie. Cette affection présente cependant, dans certains cas, un caractère d'instabilité fort remarquable; c'est alors qu'on peut parfois, ainsi que cela eut lieu chez quelques malades dont M. Grisolle a rapporté l'histoire, constater une alternance très-régulière de la pneumonie et de l'inflammation des jointures. Ici l'affection du poumon et les arthropathies semblent se suppléer tour à tour dans l'évolution du processus morbide; d'autres fois, la pneumonie fait place à une affection plus redoutable encore, et peut être remplacée par des accidents cérébraux. M. Charcot a bien voulu nous communiquer une observation de ce genre, que nous rapportons ici sous une forme très-abrégée.

OBSERVATION II.

Rhumatisme articulaire aigu, de moyenne intensité. Pneumonie au treizième jour ; résolution brusque de la phlegmasie pulmonaire au troisième jour ; accidents cérébraux promptement mortels.

Une jeune fille de seize ans entra à la Pitié, dans le service de M. Charcot, pour un rhumatisme polyarticulaire aigu, de

[1] Herzog, in *Canstatt's Jahresbericht*, 1857, Band IV, p. 133. — Fuller, *loc. cit.*, p. 317. — Nicot, *Thèses de Paris*, 1829, n° 96. — Marrotte, Comptes rendus de la Société de méd. des hôpitaux, 12 févr. 1851.

moyenne intensité. Au bout de dix jours, elle offrit des signes de péricardite. Trois jours plus tard, la dyspnée ayant augmenté, l'auscultation fit découvrir, dans toute l'étendue du lobe inférieur du poumon gauche, du râle crépitant fin et du souffle tubaire; il existait à ce niveau une matité très-prononcée. Les douleurs articulaires n'ont éprouvé aucun changement. Les phénomènes de pneumonie ont persisté deux jours encore sans aucune modification. Le matin du troisième jour, il y eut des signes de résolution ; mais le soir même on vit éclater un délire des plus violents, et la malade succomba pendant la nuit.

A l'autopsie, on ne trouva aucune lésion dans l'encéphale ni dans les méninges. Le lobe inférieur du poumon gauche était un peu engoué, rougeâtre, mais sans hépatisation. Il existait des fausses membranes sur le péricarde ; mais il n'y avait aucune trace de pleurésie. Dans plusieurs des articulations malades, on trouva des masses fibrineuses d'un volume considérable, et un liquide verdâtre contenant de nombreuses cellules épithéliales et quelques globules pyoïdes.

Pendant notre internat à l'hôpital Lariboisière dans le service de notre bien-aimé maître, M. le docteur Moissenet, nous avons été témoin d'un fait, dans lequel les choses se sont passées d'une manière précisément inverse. Un homme, atteint d'un rhumatisme polyarticulaire très-aigu fut tout à coup pris d'un délire violent, après la disparition soudaine des phénomènes articulaires : quelques heures plus tard, le délire avait cessé, les articulations étaient reprises, et peu de temps après, on constatait les signes d'une pleurésie. Ce malade fut assez heureux pour se rétablir.

Le *pronostic* de ces affections est moins grave au point de vue local que sous le rapport de la disposition générale dont elles sont l'indice. Souvent, en effet, nous les voyons se résoudre avec une facilité merveilleuse ; mais c'est surtout alors qu'on peut craindre l'explosion

des accidents formidables sur lesquels nous venons d'insister.

Toutes choses égales d'ailleurs, la pleurésie rhumatismale est moins grave que la pneumonie. Nous n'avons pas besoin de dire que lorsque ces lésions sont doubles, le pronostic devient beaucoup plus sérieux. Enfin, quand les affections pulmonaires surviennent à titre de complications dans les cardiopathies rhumatismales, et surtout dans la péricardite, le malade est en danger imminent de mort. (Latham.)

B. *Congestion pulmonaire.*

Il existe dans la science plusieurs cas de rhumatisme articulaire aigu, dans lesquels la mort est survenue inopinément, à la suite de symptômes de suffocation. La mort rapide paraît, dans ces cas, devoir être rapportée à l'invasion brusque d'une congestion pulmonaire très-intense, dont les caractères ont été plusieurs fois retrouvés à l'autopsie. Des exemples de ce genre ont été publiés par MM. de Castelnau, Aran et Houdé [1]. Ce dernier a consacré sa thèse inaugurale à cette question intéressante. On trouve dans les œuvres de Stoll et de Van-Swieten quelques passages qui sembleraient se rapporter à cet ordre de faits.

Cette complication formidable paraît survenir dans des cas de rhumatisme peu intense, et jusqu'alors régulier dans sa marche. Le début est brusque, imprévu,

[1] Castelnau, *Arch. génér. de méd.*, p. 304 ; 1843. — Aran, *Gaz. des hôp.*, 1860. — Houdé, *Thèses de Paris*, 1861, n° 110.

foudroyant; aucun signe précurseur ne vient annoncer l'orage. D'après M. Houdé, c'est surtout le soir ou dans la première moitié de la nuit qu'on voit se manifester les accidents [1].

Le premier phénomène qui se manifeste est une sensation d'ardeur et de constriction dans les deux côtés de la poitrine. Les battements de cœur s'accélèrent de plus en plus; la respiration devient anxieuse; la position horizontale ne peut être gardée. Il y a une petite toux, souvent accompagnée d'une expectoration visqueuse et striée de sang; il peut même survenir de véritables hémoptysies, ainsi que l'avaient noté les anciens. Malgré toute l'intensité de ces troubles fonctionnels, les signes physiques ne fournissent pas des indications bien précises pendant la durée de l'accès. La percussion fait constater un léger degré de matité, qui coexiste des deux côtés à la fois; l'auscultation révèle souvent quelques râles sibilants ou sous-crépitants, et un peu de diminution du murmure vésiculaire; quelquefois il existe de la respiration bronchique et du retentissement vocal.

Si les accidents continuent à suivre une marche ascendante, la mort peut survenir dans l'espace de quelques heures, et même plus promptement encore.

Dans une observation qui nous a été communiquée par M. le docteur Charcot, et dont nous donnons ici le résumé, la terminaison fatale s'est produite dans l'espace de *quelques minutes!* Voici d'ailleurs, la relation succincte de ce fait remarquable.

[1] *Loc. cit.*, p. 19.

OBSERVATION III.

Rhumatisme articulaire sub-aigu. Mort rapide, avec symptômes de congestion pulmonaire.

C....., fille de service, âgée de cinquante-sept ans, est entrée le 25 janvier 1865, à l'infirmerie de la Salpêtrière, dans le service de M. le docteur Charcot, salle Saint-Paul, n° 10.

Cette femme, grasse, forte et pléthorique, est depuis quelques années sujette à des coups de sang, qui entraînent une perte de connaissance passagère.

Depuis quinze ans, elle est sujette à des atteintes de rhumatisme articulaire. A l'époque de son entrée dans le service, elle éprouvait depuis dix jours des douleurs dans toute l'étendue des membres inférieurs, mais principalement dans les genoux, qui sont un peu tuméfiés. Les mains sont tuméfiées, surtout au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes.

Il existe un léger mouvement fébrile; 100 pulsations ; pouls irrégulier.

On constate un bruit de souffle ayant son maximum à la base du cœur.

Du 30 janvier au 20 avril, l'affection articulaire a subi plusieurs alternatives de rémission et d'exacerbation. Elle a été soumise pendant quelques jours à l'usage du sulfate de quinine à dose élevée (2 grammes) ; plus tard on a prescrit la solution de Fowler, à la dose de 6 gouttes.

Le 21, on constate une roideur très-marquée et presque convulsive du genou gauche, qui est très-douloureux. Quand on essaye de fléchir cette articulation, la malade contracte énergiquement les muscles extenseurs.

Du 22 au 25 avril, cet état de roideur persiste. Le 25 avril, à la visite du matin, on essaye de la vaincre, et pendant cette tentative, la malade fait de violents efforts pour résister.

Dix minutes plus tard, il se déclare un accès d'oppression subite ; une légère hémoptysie a lieu, puis la malade est prise de tous les symptômes d'une asphyxie imminente. Elle rend par la bouche et les narines une écume abondante, pâlit, se refroidit, et expire au bout de cinq minutes.

A l'autopsie, on trouve les poumons volumineux, très-congestionnés, et présentant un œdème considérable.

Le cœur présentait un rétrécissement mitral : quelques végétations du volume d'un grain de millet étaient répandues sur la face auriculaire de la valvule, ainsi que sur les valvules semi-lunaires de l'aorte.

Le cerveau était parfaitement sain : les autres viscères ne présentaient aucune altération appréciable.

Le genou gauche, qui pendant la vie avait paru plus malade que celui du côté droit, ne présentait que des altérations peu marquées, les cartilages n'étaient point altérés, mais il existait une vive injection de la synoviale.

Le genou droit, au contraire, offrait, sur divers points, une altération velvétique très-prononcée.

Assurément, une mort aussi foudroyante est extrêmement rare, même dans les congestions pulmonaires les plus intenses ; mais, comme nous l'avons dit, la fin peut survenir quelquefois en moins d'une heure. On voit cependant, chez certains sujets, la lutte se prolonger pendant quelques jours, avec des intervalles de rémission.

Dans les cas favorables, la dyspnée se dissipe, tantôt brusquement, tantôt graduellement, et le rhumatisme articulaire reprend son cours ; mais il ne faut pas oublier que ces congestions pulmonaires sont sujettes à récidiver, et qu'une première attaque est une circonstance qui prédispose à une nouvelle. M. Houdé en a cité des exemples.

Les lésions anatomiques qu'on rencontre dans cette affection sont celles de la congestion pulmonaire. Leur étendue varie considérablement et n'est pas toujours en rapport avec l'intensité des phénomènes asphyxiques. C'est là d'ailleurs un mécompte auquel nous sommes

habitués, toutes les fois que nous cherchons à l'autopsie les vestiges d'une affection rhumatismale promptement mortelle.

Le diagnostic de cette complication formidable peut offrir quelques difficultés. On pourrait la confondre avec les affections rhumatismales du cœur, et surtout avec la péricardite; cependant l'invasion de celle-ci est moins soudaine ; l'angoisse et l'anxiété précordiales sont plus intenses, et l'on trouve une voussure de la poitrine et un déplacement de la pointe du cœur; d'ailleurs, les signes caractéristiques fournis par l'auscultation et la percussion viendront souvent éclairer le diagnostic.

Une congestion pulmonaire très-intense peut survenir aussi dans le cours d'une endo-péricardite rhumatismale et donner lieu à des suffocations et des hémoptysies plus ou moins abondantes; mais le début des accidents n'est jamais aussi brusque, et l'on aura presque toujours eu l'occasion de constater, à une époque antérieure, les signes d'une affection aiguë ou chronique du cœur.

On pourrait quelquefois confondre un accès d'asthme avec la congestion rhumatismale des poumons, si l'on n'était pas suffisamment éclairé sur les antécédents du malade. Cependant il existe quelques différences entre ces deux espèces de dyspnée : nous citerons en particulier la difficulté plus grande de l'expiration comparée à l'inspiration, qui existe dans l'asthme et ne se retrouve pas dans la congestion pulmonaire.

Le rhumatisme des parois thoraciques est caractérisé par des douleurs violentes et nettement localisées, qui serviront à le distinguer de cette maladie.

Quant aux embolies et aux obstructions de l'artère

pulmonaire, qui offrent dans leur physionomie symptomatique beaucoup d'analogie avec les accidents qui nous occupent, elles offrent un caractère important qu'on ne retrouve pas ici, c'est l'existence d'une violente dyspnée, qui ne s'oppose pas à la pénétration de l'air dans les poumons ; le malade respire librement, mais il étouffe : c'est qu'en effet, l'obstacle à l'hématose ne siége pas dans les conduits aériens, mais dans l'artère pulmonaire.

Le pronostic de ces congestions soudaines est d'une gravité extrême, puisqu'elles peuvent déterminer une mort presque immédiate. On est donc pleinement autorisé à faire usage des moyens de traitement les plus énergiques.

C. *Laryngite*, *Angine*.

Situé entre le pharynx et les bronches, qui peuvent simultanément ou séparément s'enflammer pendant le cours d'un rhumatisme articulaire aigu, le larynx n'est pas à l'abri des mêmes influences. Chomel [1] avait attiré l'attention sur les aphonies qui surviennent parfois dans le cours du rhumatisme, mais sans citer à cet égard aucun fait positif [2]. Mais dans la majorité des cas, la laryngite ne se présente chez les rhumatisants, que comme une extension de la phlegmasie bronchique ou pharyngée.

L'œdème de la glotte a été quelquefois indiqué comme une conséquence du rhumatisme [3].

[1] Chomel et Requin, *Clin. méd.*, p. 391.

[2] Sestier, *Traité de l'angine laryngée œdémateuse*, p. 105 ; 1852.

L'angine rhumatismale, signalée par Stoll[1] pour la première fois, a été décrite par un grand nombre d'observateurs contemporains. Elle précède habituellement les autres phénomènes et signale chez plusieurs rhumatisants le début d'un accès. Après avoir éprouvé pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures un mal de gorge violent, une dysphagie extrême, le malade sera pris d'un torticolis, d'une douleur articulaire ou musculaire, tandis que les phénomènes pharyngiens auront disparu. Si l'on examine l'arrière-gorge au moment de l'acuïté des symptômes, on voit une rougeur érythémateuse occuper l'intérieur du pharynx et le voile du palais; la luette est souvent œdématiée; les amygdales sont quelquefois enflammées.

Nous ne croyons pas utile de nous étendre plus longuement sur ce point, qui est presque étranger à notre sujet.

D. *Phthisie pulmonaire.*

La phthisie arthritique ou calculeuse, admise par Morton[2], Musgrave[3], Barthez[4] et Portal[5], a été acceptée par Bayle[6], qui la considère d'ailleurs comme un fait

[1] Stoll, *Rat. med.*, t. I. — Bouillaud, *Op. cit.*, p. 248. — Raphaëlian, *Quelques considérations sur la nature des angines pharyngiennes.* Thèses de Paris, 1862, n° 92. — Trousseau, *Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu*, t. I, p. 322. — Fernet, *Thèses de Paris*, p. 62 ; 1865.

[2] *Phthisiologia*, cap. VI et XI.

[3] *Op. cit.*, cap. XII.

[4] *Op. cit.*, liv. III, cap. V.

[5] *Obs. sur la nature et le traitement de la phthisie pulm.*, 1809.

[6] *Rech. sur la phthisie pulmonaire.*

très-exceptionnel, et par Frank[1] qui l'attribue au dépôt d'une *matière tophacée* dans les poumons.

On ne peut attacher, selon nous, aucune importance sérieuse à la manière de voir des auteurs que nous venons de citer. Effectivement, la plupart des faits qui ont servi de base à leurs opinions appartiennent à la goutte plutôt qu'au rhumatisme. D'ailleurs, les travaux de Bayle lui-même, et surtout ceux de Laënnec, ont tellement modifié nos idées à l'égard de la phthisie pulmonaire, qu'on ne peut accepter que sous bénéfice d'inventaire les observations qui remontent au-delà de cette époque.

Si nous admettons, malgré tout, que les malades de Morton, de Musgrave et de Barthez étaient bien réellement atteints de ces deux affections à la fois, la question n'aura pas fait un seul pas de plus. Qu'un rhumatisant devienne phthisique, qu'un phthisique devienne rhumatisant, est-ce sur de pareilles coïncidences qu'on aurait le droit d'établir une corrélation entre deux maladies aussi communes? On trouve des dépôts crayeux dans les poumons; mais le tubercule n'est-il pas apte à subir la transformation calcaire? Il faut balayer le terrain de la pathologie de toutes ces notions vagues qui l'encombrent, et qui ne peuvent supporter l'épreuve d'une critique rationnelle.

Une opinion diamétralement opposée et fondée, cette fois, sur des chiffres, a été soutenue par Wunderlich[2]. Sur 108 malades atteints de rhumatisme articulaire aigu, il n'a observé qu'un seul cas de tuberculisation

[1] *Pathol. interne.*
[2] *Op. cit.*, Band IV, p. 615.

pulmonaire. Il cite d'ailleurs Hamernjk comme ayant démontré que la tuberculisation est exceptionnelle dans les familles où le rhumatisme aigu est héréditaire.

Cependant cette manière de voir est peut-être exagérée à son tour. M. Charcot a vu le rhumatisme articulaire chronique lié à la phthisie dans quelques cas[1]; et M. Danjoy, à la thèse duquel nous empruntons ces détails, a observé deux cas de rhumatisme articulaire aigu compliqué de phthisie[2]. Tout récemment encore, Kussmaul a publié un cas de tuberculisation miliaire compliqué d'un rhumatisme articulaire aigu[3].

Nous croyons donc que les faits ne justifient ni l'une ni l'autre de ces deux opinions contradictoires, et que, jusqu'à nouvel ordre, il ne faut admettre ni la corrélation ni l'antagonisme de la phthisie et du rhumatisme articulaire.

§ III. — Système nerveux.

Nous aurons à étudier, dans ce paragraphe :

A. Les affections cérébrales ;

B. Les affections spinales ;

C. Les névroses, qui, de près ou de loin, paraissent se relier au rhumatisme articulaire aigu.

A. *Affections cérébrales dans le rhumatisme articulaire aigu.*

Sous le nom de méningite rhumatismale (Requin), de *rhumatisme cérébral* (Hervez de Chégoin, Gubler), on a

[1] *Thèses de Paris*, 1853 ; p. 40.
[2] *Thèses de Paris*, 1862 ; p. 43.
[3] *Canstatt's Jahresbericht*, 1864 ; p. 39.

désigné les perturbations fonctionnelles variées et presque toujours redoutables qui peuvent survenir inopinément dans le cours ou au déclin du rhumatisme articulaire aigu, et dont le cerveau et ses enveloppes paraissent être le siége principal.

Si, dans les auteurs anciens, on rencontre quelques passages qui semblent se rapporter à ce sujet, on ne saurait accorder à ces indications une valeur scientifique réelle. D'une part, le rhumatisme et la goutte, et presque toutes les affections des jointures ont été longtemps réunis sous le nom d'arthritis ; d'autre part, les accidents cérébraux du rhumatisme ont été confondus, sous le nom d'apoplexie ou de phrénitis, avec d'autres affections encéphaliques.

Il faut donc adopter, comme point de départ, l'époque où le rhumatisme a été nettement séparé de la goutte ; c'est seulement à partir de ce moment qu'on peut tenir sérieusement compte des observations rapportées par les auteurs.

Boerhaave et son illustre commentateur sont les premiers qui aient nettement signalé les troubles encéphaliques du rhumatisme. Stork, Stoll, Hoffmann et plusieurs autres médecins du dix-huitième siècle ont rapporté des faits de ce genre, dont l'authenticité ne peut être révoquée en doute. Cependant, il faut en convenir, les observations positives sont en petit nombre dans les écrits de ces auteurs, et c'est plutôt par la lecture attentive de leurs ouvrages, qu'on peut se convaincre qu'ils connaissaient indubitablement les accidents cérébraux du rhumatisme articulaire. Depuis le commencement du siècle présent, plusieurs écrivains, dont il nous paraît

inutile de dresser ici le catalogue, ont publié, sous divers titres, des observations d'encéphalopathie rhumatismale. Mais c'est seulement depuis l'apparition du mémoire de M. Hervez de Chégoin (1845), que cette question a été étudiée d'une manière spéciale [1].

L'histoire de ces accidents, malgré l'importance des travaux dont ils ont été l'objet, est encore très-incomplète et ne saurait être tracée d'une façon dogmatique. L'esquisse que nous allons en présenter est fondée sur l'analyse de soixante-neuf observations, empruntées pour la plupart aux auteurs modernes, et dont trois sont encore inédites. Nous devons la communication de ces documents importants à M. Charcot, qui en a rigoureusement écarté les observations incomplètes ou peu probantes, pour n'admettre dans son travail que des faits bien établis. Nous avons puisé, en outre, d'utiles renseignements dans un intéressant Mémoire de MM. Ollivier et Ranvier, qui a récemment été couronné par l'Académie de médecine, mais qui n'a pas encore vu le jour. Nous avons enfin consulté les publications plus récentes de MM. Griesinger, Lebert et Gintrac. Sans doute, il aurait mieux valu résumer tous ces documents et les fondre dans une masse commune ; mais le temps nous a

[1] Il nous suffira de citer les noms de MM. Burrows (1846), Watson, Latham, Stanley, Todd (1850), Stokes, Seymour, Fife (1860) et Fuller, en Angleterre ; de MM. Griesinger (1860), Lebert (1860) et Oppolzer, en Allemagne ; de MM. Gosset, Valleix, Bourdon (1852), Vigla (1853), Mesnet (1855), Marrotte, Aran, Gubler (1857), Sée, Trousseau et Gintrac, en France, pour montrer les progrès rapides que la science a réalisés à cet égard depuis vingt ans. Pour de plus amples détails, nous renvoyons à la thèse de M. Girard (Paris, 1862, n° 19), dans laquelle la partie historique de la question est traitée avec un luxe de renseignements qui ne laisse rien à désirer.

manqué pour le faire. Contentons-nous donc de les comparer entre eux et de les contrôler les uns par les autres.

SYMPTOMATOLOGIE DES ACCIDENTS CÉRÉBRAUX DU RHUMATISME.

Dans l'étude d'une question qui est bien loin d'être élucidée, la marche à suivre n'est évidemment pas la même que lorsqu'il s'agit d'exposer des résultats depuis longtemps acquis à la science. Nous commencerons donc par présenter le tableau clinique de l'encéphalopathie rhumatismale; nous passerons ensuite à la description des lésions anatomiques, et nous chercherons, autant que possible, à les rattacher aux phénomènes observés pendant la vie. Si nous échouons dans cette tentative, nous aurons du moins indiqué les lacunes qu'il s'agit de combler, et tracé la voie aux observateurs qui nous succéderont [1].

Etudiés au point de vue symptomatique, les accidents cérébraux dont il s'agit, malgré les aspects multiples sous lesquels ils se présentent, peuvent être ramenés à trois types fondamentaux, autour desquels viennent naturellement se grouper toutes les formes secondaires ou des transitions. Mais, avant de les décrire, occupons-nous des signes précurseurs qui peuvent les annoncer.

Prodromes. — Dans un assez grand nombre de cas d'encéphalopathie rhumatismale aiguë (58 fois sur 127, Ollivier et Ranvier), l'apparition franche de la maladie a été précédée de symptômes prodromiques. M. Bourdon,

[1] Voir les tableaux insérés à la fin de ce paragraphe.

qui insiste avec raison sur ce point, a signalé un sentiment d'inquiétude, de crainte et de terreur qui se manifeste longtemps à l'avance. Un autre phénomène qui précède souvent l'explosion des troubles encéphaliques, est la disparition des phénomènes articulaires, soit qu'il s'agisse de douleurs seulement, soit que la tuméfaction, la rougeur et l'endolorissement aient simultanément cessé d'exister. La simple constatation de ce fait devra éveiller les soupçons du médecin et lui faire craindre les désordres dont nous allons aborder la description.

Premier type. — Il correspond à la plupart des cas qui ont été décrits sous le nom de *méningite rhumatismale*: c'est la forme qu'on observe le plus ordinairement: nous l'avons notée 52 fois sur 69.

A la suite de quelques phénomènes prodromiques (céphalalgie, insomnie, irritabilité), et quelquefois sans prodromes, on voit brusquement éclater un délire loquace, tantôt furibond, tantôt calme et raisonné. Les malades s'agitent avec violence et font jouer les articulations naguère malades, et qui souvent sont encore rouges et tuméfiées. Pendant ce temps, le pouls devient très-fréquent et la peau se couvre de sueurs abondantes.

On observe dans un assez grand nombre de cas des mouvements convulsifs, généraux ou partiels, tétaniques, épileptiques, ou encore, fait bien digne d'être noté, des gesticulations choréiformes. D'autres fois, c'est un tremblement plus ou moins intense des extrémités, qui s'associe au délire, de façon à reproduire d'une manière frappante le tableau classique de l'encéphalopathie des ivrognes, et cela, même dans des cas où les malades n'avaient certainement pas été adonnés à l'abus

des boissons alcooliques. A ces phénomènes d'excitation, dont la durée est souvent très-courte, mais qui peuvent se prolonger quelques jours, avec des alternatives de rémission et d'exacerbation, on voit généralement succéder un état d'affaissement avec somnolence, puis un coma profond, qui se termine par la mort dans un court espace de temps.

La mort peut encore survenir brusquement et sans avoir été précédée de phénomènes comateux; quelquefois le malade succombe dans un état d'asphyxie. La plupart des cas où de pareils accidents ont été rencontrés appartiennent au rhumatisme articulaire aigu, intense et généralisé; mais cette règle n'est pas sans exception.

Presque toujours on rencontre chez ces malades une affection cardiaque (péricardite, endocardite ou endo-péricardite); nous avons noté ce fait 32 fois sur 37; dans les cinq autres cas, aucune affection de ce genre n'a été constatée.

C'est en général dans le cours du second septénaire que survient le délire, et c'est surtout alors qu'on voit les articulations tuméfiées se dégonfler, au moment même où il éclate. L'affection cérébrale et les arthropathies peuvent d'ailleurs alterner à plusieurs reprises; mais les cas de cette espèce sont tout à fait exceptionnels.

Deuxième type. — Il correspond à la folie rhumatismale de Burrows[1], Mesnet[2], Griesinger[3].

L'affection cérébrale, dans les cas de ce type, se tra-

[1] *On disorders of the cerebral circulation, and on the connexion between affections of the brain and diseases of the heart*, 1846.

[2] *Archives générales de médecine*, t. I, p. 711 ; 1856.

[3] *Archiv für Heilkunde*, Heft. 5, p. 256 ; 1860.

duit encore par une perturbation plus ou moins profonde des facultés intellectuelles ; mais cette fois le délire affecte une marche plus lente et plus insidieuse, et bientôt il prend décidément le caractère de l'aliénation mentale. Il y a, en outre, des hallucinations, des illusions, des conceptions délirantes. A ces symptômes habituels de la folie viennent se joindre tantôt des phénomènes d'excitation, tantôt, au contraire, des phénomènes de dépression. En même temps les malades présentent dans un quart des cas (3 fois sur 12) des mouvements choréiformes plus ou moins accentués. Cette coïncidence a été notée par Burrows, et Griesinger a rapporté des faits analogues.

La folie rhumatismale est beaucoup plus rare que la forme précédente, puisque sur 69 cas, nous l'avons seulement notée 12 fois. Elle paraît s'associer souvent au rhumatisme articulaire subaigu [1], erratique, principalement lorsqu'il y a rechute, et qu'il s'agit d'un sujet débilité. Elle peut débuter aux diverses époques de la maladie, mais c'est pendant le déclin ou la convalescence qu'elle apparaît le plus communément. Sur 14 observations de folie rhumatismale rassemblées par MM. Ollivier et Ranvier, les accidents ont débuté aux époques suivantes :

Du huitième au vingt-troisième jour, 8 cas,
Pendant le cinquième septénaire, 1 cas ;
Pendant le huitième septénaire, 1 cas ;

[1] MM. Ollivier et Ranvier ont noté le rhumatisme polyarticulaire aigu 8 fois, le rhumatisme subaigu 5 fois, le rhumatisme chronique 1 fois seulement.

Dans les 4 autres cas, l'époque du début n'est pas indiquée.

L'existence des complications pulmonaires ou cardiaques n'est pas une condition indispensable, bien qu'elle ait été très-souvent signalée. Burrows lui-même, qui s'est attaché à mettre en lumière les rapports pathologiques qui relient l'encéphale au cœur, a recueilli des observations de folie rhumatismale dans lesquelles il n'a constaté aucune lésion cardiaque[1]. Nous avons noté 7 fois cette coïncidence.

La forme la plus habituelle de cette affection, lorsqu'elle se prolonge, ce qui est plutôt l'exception que la règle, paraît être la démence absolue; d'après Griesinger, ce serait plutôt la mélancolie.

Des 12 cas sur lesquels cette description est fondée, 3 se sont terminés par la mort, 7 par la guérison : dans 2 cas l'issue de la maladie est restée inconnue.

Troisième type. — Il correspond à l'*apoplexie* rhumatismale de Stoll, de Chomel et Requin, de M. Vigla.

A la suite de quelques phénomènes prodromiques, tels que céphalalgie intense, vertige, délire, et quelquefois aussi sans prodromes, on voit le malade tomber dans un coma plus ou moins profond, parfois accompagné de convulsions générales, et qui se termine par la mort au bout de quelques jours ou de quelques heures. Sur 69 cas, cette forme exceptionnellement grave de l'encéphalopathie rhumatismale a été notée 5 fois.

Nous savons parfaitement que les trois types que nous venons de décrire ne répondent pas à toutes les divisions

[1] *Loc. cit.*, p. 199.

admises par les médecins distingués qui se sont récemment occupés de ce sujet. M. le professeur Trousseau, par exemple, admet six formes de rhumatisme cérébral : 1° l'apoplectique ; 2° la délirante ; 3° la méningitique ; 4° l'hydrocéphalique ; 5° la convulsive ; 6° la choréique. Mais, comme le dit lui-même l'éminent professeur, « toutes ces formes ne sont que des modifications de l'état cérébral, et rien ne les justifie, que le besoin de la description [1]. »

Nous sommes donc entièrement d'accord avec M. Trousseau : pour nous, comme pour lui, la manifestation cérébrale du rhumatisme est *une*, et les diverses formes symptomatiques qu'elle peut affecter ne sont que les branches d'un seul et même tronc. Nous avons donc adopté une division très-simple, et qui nous a paru la plus commode pour grouper les faits ; nous savons parfaitement d'ailleurs qu'il existe des formes intermédiaires ; nous savons surtout que les types symptomatiques se mélangent et se fondent les uns dans les autres, et que les sujets affectés de la forme méningitique périssent le plus souvent dans le coma. Ces réserves une fois établies, nous croyons que notre classification peut se défendre au point de vue de la marche des accidents. Il existe en effet des cas aigus, à manifestations bruyantes, qui se terminent rapidement par la guérison ou la mort : c'est notre premier type ; et d'autres cas aigus, constamment mortels, caractérisés surtout par un état comateux : c'est notre dernier type. Quant à la *folie rhumatismale*, elle comprend des cas beaucoup moins

[1] *Clin. méd.*, t. II, p. 713.

rapides dans leur évolution, et dont le pronostic est beaucoup moins terrible, ce qui ne l'empêche pas d'être excessivement sérieux. Par rapport aux deux types aigus, ce serait là une forme presque chronique : elle le devient quelquefois incontestablement (rhumatisme cérébral prolongé de Griesinger).

Ajoutons enfin que nous ne saurions accepter, à l'exemple de M. Marrotte, une forme hydrocéphalique, pour caractériser l'abondance de l'épanchement séreux : c'est là une simple particularité anatomique, qui se retrouve, à un degré inférieur il est vrai, dans un assez grand nombre d'observations. Nous sommes loin, d'ailleurs, de contester l'importance et l'intérêt des faits observés par l'habile médecin de la Pitié ; mais nous ne voyons pas l'utilité de leur donner une place à part.

Quant à la céphalalgie, dont M. Gubler, dans son excellent mémoire[1], a fait une forme nouvelle d'encéphalopathie rhumatismale, elle nous paraît être un symptôme, tantôt prodromique, tantôt sympathique de la maladie, et nous ne croyons pas devoir lui consacrer un article spécial.

Rien ne serait plus facile, d'ailleurs, que de multiplier ces divisions à l'infini ; et pour le dire en passant, la seule classification irréprochable serait celle qui admettrait une forme spéciale pour chaque malade : car lorsqu'on a compulsé, comme nous venons de le faire, un grand nombre d'observations de ce genre, on arrive à se convaincre qu'il n'y en a pas deux qui se ressemblent d'une manière absolue, sous tous les rapports.

[1] *Arch. gén. de médecine*, 1857.

LÉSIONS ANATOMIQUES.

L'investigation nécroscopique la plus minutieuse est le plus souvent inhabile à découvrir les altérations de l'encéphale et de ses membranes qui correspondent sans doute aux troubles fonctionnels dont nous venons de présenter le tableau. Quelques personnes ont avancé que si, dans la plupart des cas d'encéphalopathie rhumatismale, on ne trouve pas de lésions, cela tient à la rapidité de la mort; mais cette explication ne saurait s'appliquer aux cas dans lesquels les accidents se sont prolongés pendant plusieurs jours.

Voici quels sont d'ailleurs les résultats fournis par notre statistique :

Dans 32 cas appartenant à notre première catégorie et terminés par la mort, le cerveau et ses membranes ont été trouvés tantôt exempts de toute altération, tantôt légèrement injectés, tantôt exsangues et d'une pâleur remarquable[1]. Trois fois seulement des produits d'exsudation fibrineuse ou purulente rendaient incontestable l'existence d'une méningite. Enfin, dans quatre autres cas, indépendamment d'une vive congestion de la pie-mère, il y avait une accumulation considérable de sérosité limpide dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien, ou dans les cavités ventriculaires.

Cette altération (la suffusion séreuse des méninges, avec ou sans hydropisie ventriculaire) a été rencontrée dans deux cas de folie rhumatismale terminés par la mort;

[1] Cette pâleur avait été signalée par Todd.

mais elle faisait complétement défaut dans un autre cas du même genre qui avait duré deux mois environ. Cette même lésion existait à un degré plus ou moins prononcé chez deux sujets ayant succombé à la forme apoplectique ; mais elle manquait complétement chez trois autres, qui avaient été cependant frappés d'un coma profond et promptement mortel.

Nous tenions essentiellement à reproduire ce tableau, afin de donner un aperçu basé sur des chiffres, des rapports qui unissent les symptômes aux lésions; et si le résultat est, en définitive, peu satisfaisant, il est du moins utile de savoir à quoi l'on peut s'en tenir à ce sujet.

Nous allons maintenant exposer le résultat de recherches plus récentes, dans lesquelles on s'est surtout attaché à chercher les caractères micrographiques des lésions.

MM. Ollivier et Ranvier établissent trois catégories de faits. Dans la première, on n'a pas trouvé d'altérations, faute quelquefois de les avoir bien cherchées. Les cas de cette espèce sont au nombre de 13 sur 54.

Dans la seconde, ils rangent les lésions congestives de l'encéphalopathie rhumatismale. Cette classe de faits est la plus nombreuse : elle comprend les suffusions sanguines, sanguinolentes et séreuses, soit au niveau des espaces sous-arachnoïdiens, soit dans les cavités séreuses, extra ou intra-cérébrales. Cette forme anatomique s'observe aussi bien dans les cas appelés méningitiques, que dans l'apoplexie rhumatismale. Elle est caractérisée par la réplétion des sinus de la dure-mère, par la congestion de l'arachnoïde et de la pie-mère, de la toile choroïdienne et de la substance cérébrale elle-

même; enfin par des suffusions séreuses en quantité variable dans les ventricules, dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien et dans la grande cavité de l'arachnoïde.

Cette sérosité est en général claire et limpide; quelquefois, elle est opaline et contient des globules protéiques; d'autres fois, elle est rougeâtre, sans contenir pour cela de globules sanguins.

Dans la cavité ventriculaire, on a souvent noté des épanchements séro-sanguinolents. MM. Ollivier et Ranvier y ont toujours rencontré des cellules provenant de l'épithélium ventriculaire; cette membrane avait donc subi un commencement de desquamation.

La surface du cerveau et la pie-mère présentaient des suffusions sanguines sous forme de plaques, tantôt à contour net, tantôt irrégulières à leur circonférence.

La substance cérébrale présente en outre des congestions à divers degrés soit à la périphérie, soit dans sa profondeur.

Dans la troisième catégorie, MM. Ollivier et Ranvier placent les lésions phlegmasiques, qui correspondent à celles de la méningite franche, et n'ont pas besoin d'être décrites ici.

Ce sont surtout les cas de la seconde espèce qui ont fixé l'attention de ces observateurs. Ils les comparent aux lésions qu'ils ont trouvées dans les articulations rhumatisées; ils y ont aperçu de remarquables analogies. En effet, la synoviale et surtout les franges vasculaires de cette membrane sont finement injectées et vascularisées, comme nous venons de le voir pour les méninges encé-

phaliques. En outre, le liquide épanché dans la cavité articulaire est souvent trouble et opalin, et renferme alors des cellules épithéliales, résultat d'une desquamation de la synoviale, ce qui rapproche les lésions rhumatismales de cette membrane des altérations que subit, dans certains cas d'encéphalopathie rhumatique, la membrane interne des ventricules cérébraux.

Nous ne voulons pas insister davantage sur ce parallèle : il y a là une idée fort intéressante à suivre, au point de vue de la pathogénie des accidents cérébraux du rhumatisme, mais qui ne peut être acceptée avant que de nouvelles recherches ne soient venues en démontrer l'exactitude.

Les altérations du sang, dans l'encéphalopathie rhu matismale, auraient peut-être mérité de fixer davantage l'attention des observateurs. Dans la plupart des cas où la veine a été ouverte, le sang était diffluent et ne présentait aucune tendance à se prendre en caillot, circonstance digne d'être notée dans le cours du rhumatisme. Cette altération du sang existait à un degré très-élevé chez Aran, dont la mort imprévue a produit une si douloureuse impression dans le monde médical, et qui, semblable à d'autres observateurs célèbres, a succombé à une maladie qu'il avait puissamment contribué à faire entrer dans le cadre nosologique.

M. Lebert, préoccupé de la chaleur accusée au thermomètre lors de l'attaque, admit cliniquement qu'il n'avait pas affaire à une affection cérébrale pure, mais bien à un empoisonnement morbide analogue à celui du choléra, de l'ictère grave, etc. Dès lors son attention fut dirigée du côté du sang, qu'il trouva diffluent,

comme nous venons de le dire[1]. Mais en face des faits nombreux où les lésions cérébrales étaient très-manifestes, les quatre observations de M. Lebert sont bien impuissantes à soutenir sa théorie.

Dans une observation fort intéressante du mémoire de MM. Ollivier et Ranvier, dans laquelle on n'avait point trouvé de lésions cérébrales à l'autopsie, l'analyse du sang fut faite par un habile chimiste, M. Fordos, pharmacien en chef de la Charité, et l'on y trouva une quantité considérable d'urée. Le fait nous semble intéressant à noter; mais nous ne songeons nullement à rapprocher les accidents cérébraux du rhumatisme de ceux qui surviennent dans le cours de l'albuminurie[2].

En résumé, les désordres organiques de l'encéphalopathie rhumatismale nous échappent le plus souvent; et s'ils se montrent parfois assez prononcés pour que nos moyens actuels d'investigation nous permettent de les apprécier, ils sont loin de présenter des caractères spéciaux et distincts dans chaque type symptomatique; ils ne suffisent pas pour expliquer les phénomènes multiples et si divers qui se sont passés pendant la vie. En tout cas, le travail morbifique qui produit ces perturbations ne doit pas être assimilé sans restriction aux phlegmasies ordinaires : car il peut persister, même pendant un assez long espace de temps, sans laisser derrière lui ces vestiges qui caractérisent toujours un état inflammatoire de quelque gravité.

[1] Cette remarque avait été déjà faite par plusieurs observateurs.

[2] Quant à la théorie qui faisait des accidents cérébraux des rhumatismes un effet de l'infection purulente, elle est complétement abandonnée aujourd'hui.

Etiologie. — Les causes qui peuvent provoquer les manifestations cérébrales du rhumatisme articulaire aigu nous sont encore assez peu connues. L'âge et le sexe ne semblent point avoir une influence marquée sur le développement de cette complication. On a signalé la faiblesse constitutionnelle, les prédispositions héréditaires, la cachexie, les fatigues physiques ou intellectuelles et les peines morales, comme autant de causes prédisposantes. L'alcoolisme a été noté dans quelques cas. Un refroidissement brusque semble avoir quelquefois joué le rôle d'une cause occasionnelle. Les saisons froides et humides passent pour favoriser ces accidents. — L'intensité et la mobilité du rhumatisme articulaire ont été signalées dans la majorité des cas.

Les maladies du cœur et des poumons constituent indubitablement une prédisposition fâcheuse à cet égard.

Enfin on a tour à tour incriminé les divers modes de traitement mis en usage contre le rhumatisme ; nous examinerons cette question plus loin.

Diagnostic.—Quand des accidents cérébraux se développent dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu, il est rare que, même au début des accidents, le médecin ait le moindre doute sur la nature de l'affection dont le malade est atteint. L'agitation, le délire, les convulsions et le coma indiquent assez que la scène se passe du côté du cerveau. C'est donc surtout des affections cérébrales qu'on aurait à distinguer l'encéphalopathie rhumatique.

Or il serait matériellement impossible d'établir ce diagnostic dans plusieurs cas, si l'on ne tenait pas compte des manifestations articulaires qui ont précédé les troubles cérébraux.

En dehors de ces phénomènes, *qui pourraient manquer*, au dire de certains auteurs, il serait de toute impossibilité de distinguer la forme méningitique de la méningite, la forme apoplectique de l'hémorrhagie cérébrale, au moins au début des accidents, car leur marche ultérieure viendrait presque toujours juger la question.

Les embolies cérébrales d'un volume considérable pourraient évidemment simuler les accidents cérébraux du rhumatisme ; mais il est très-rare qu'elles offrent un tel volume, et, pour notre part, nous n'en connaissons pas d'exemples.

L'alcoolisme, le *delirium tremens* imitent parfaitement certaines formes de délire rhumatique : on ne pourra reconnaître ce dernier qu'à l'extrême gravité qu'il présente et à la marche rapidement fatale qu'il affecte si souvent.

Les accidents cérébraux du rhumatisme ont une si grande analogie avec ceux de l'albuminurie, qu'il serait impossible de les distinguer, si l'on n'avait pas pour se décider, d'une part, le rhumatisme articulaire, et d'autre part, la présence de l'albumine dans les urines. N'oublions pas, toutefois, qu'un rhumatisant peut quelquefois être albuminurique, comme nous l'avons signalé plus haut.

Enfin le délire des affections du cœur est infiniment moins foudroyant que celui du rhumatisme : il se développe moins brusquement, et se dissipe plus volontiers : d'ailleurs il affecte plutôt un caractère congestif, et coïncide avec d'autres symptômes d'hyperémie passive sur plusieurs points à la fois. Rappelons-nous d'ailleurs que, dans le cours du rhumatisme, les affections

cardio-pulmonaires sont l'une des causes les plus efficaces du rhumatisme cérébral.

Concluons donc que c'est la manifestation d'un délire ou d'un coma soudain dans le cours d'un rhumatisme articulaire, qui constitue la base du diagnostic [1]. Il faut pourtant bien distinguer le délire qui peut survenir dans le rhumatisme, comme dans beaucoup d'autres maladies, de ces accidents cérébraux si graves, qui se terminent si promptement par la mort. Ici la distinction est encore fondée sur les circonstances concomitantes. Un délire modéré, sans convulsions ni stupeur, survenant dans le cours d'un rhumatisme fort aigu, et durant plusieurs jours, ne sera point confondu avec ces troubles foudroyants dont le début est aussi soudain que leurs conséquences sont terribles.

En résumé, le diagnostic du rhumatisme cérébral est en général facile au lit du malade : mais il est des cas épineux dans lesquels la difficulté sera plutôt résolue par une heureuse inspiration du tact médical, que par des procédés d'investigation réguliers, et par conséquent toujours faciles à reproduire.

Pronostic. — Il serait impossible de s'exagérer la gravité du rhumatisme cérébral. Cependant il faut reconnaître que, selon les types divers qu'il affecte, la cause du malade est plus ou moins désespérée. Dans la forme apoplectique, la mort a été invariablement observée ; la forme méningitique est moins grave, surtout lorsqu'elle est exempte de convulsions. La folie rhumatismale semble épargner plus volontiers la vie de ses vic-

[1] Trousseau, *loc. cit.*, p. 711.

times ; mais, si elle ne tue pas toujours le malade, elle est souvent mortelle pour l'intelligence.

Nature. — Les documents que possède la science concernant les affections cérébrales qui surviennent dans le rhumatisme, et dont nous venons de tracer l'histoire, ne sont pas encore suffisants pour nous permettre d'en donner une interprétation plausible : ils laissent jusqu'ici le champ libre aux opinions les plus opposées.

Parmi les auteurs qui ont cherché à pénétrer la nature et à dévoiler le mécanisme du rhumatisme cérébral, les uns invoquent l'action excitante du cœur, les autres une intoxication générale du sang, ou des oblitérations, par embolie, des artères cérébrales ; d'autres enfin rattachent les affections cérébrales du rhumatisme aux affections articulaires, et voient, dans ces deux ordres divers de déterminations morbides, les conséquences d'un seul et même principe.

La première de ces trois opinions mérite évidemment un certain degré d'attention. On ne saurait nier que le péricarde et le cœur enflammés n'exercent sur l'encéphale une certaine action, par l'intermédiaire des nerfs phréniques et pneumogastriques; d'ailleurs, nos statistiques établissent une corrélation évidente entre les cardites rhumatismales et les accidents cérébraux. N'oublions pas, toutefois, qu'il existe des cas bien avérés dans lesquels les troubles encéphaliques se sont montrés chez des sujets dont l'appareil cardiaque était dans un parfait état de santé; rappelons-nous aussi que les lésions de la méningite, le pus quelquefois épanché à la surface de l'arachnoïde, ne sauraient être attribués à l'influence du cœur.

Quant à la seconde opinion, qui, pour expliquer ces phénomènes, invoque l'oblitération des artères cérébrales, l'intoxication du sang ou l'urémie, c'est une hypothèse purement gratuite, dont nous n'entreprendrons pas ici la réfutation.

Reste la troisième hypothèse, qui assimile aux lésions des jointures celles de l'encéphale, et les attribue à une cause générale identique. Il est certain que dans un cas comme dans l'autre, il peut exister des troubles fonctionnels de la plus haute gravité, sans qu'on découvre à l'autopsie des lésions organiques évidentes ; il est certain qu'il existe une grande analogie de constitution anatomique entre les synoviales articulaires et les séreuses cérébrales; enfin, l'alternance des accidents céphaliques et des troubles articulaires pourrait être invoquée à l'appui de cette opinion. Si donc nous étions forcé de nous prononcer, nous inclinerions vers cette manière de voir; mais dans l'état actuel de la science, il est plus sage de s'abstenir et d'attendre patiemment de nouvelles recherches[1].

Nous croyons être agréable à nos lecteurs en joignant à notre description de l'encéphalopathie rhumatismale, les tableaux statistiques qui en ont fourni les principaux éléments [2].

B. *Accidents spinaux.*

Nous admettons, dans quelques cas, l'existence du

[1] M. le professeur Trousseau considère l'encéphalopathie rhumatismale comme une simple névrose, mais une névrose qui se lie d'une manière intime à cette affection générale.

[2] Voir les tableaux insérés à la fin de ce travail.

rhumatisme spinal[1]; mais avant d'examiner les faits qui ont été rapportés à cet ordre de causes, il convient de poser les bases de la critique qui doit nous servir à les apprécier.

En général, lorsqu'on cherche à établir la nature rhumatismale d'une affection interne, on invoque le témoignage des manifestations articulaires, qui sont considérées avec raison comme la véritable pierre de touche à cet égard; car s'il fallait attribuer au rhumatisme toutes les conséquences de l'impression du froid, comme on n'a pas hésité à le faire en Allemagne[2], il serait impossible d'arriver à des résultats précis, au point de vue nosographique.

Mais il faut bien se garder de considérer comme rhumatismales toutes les arthropathies, même aiguës. Pour n'en citer qu'un seul exemple, qui ne sait aujourd'hui, depuis les travaux de M. Vigla et de M. le professeur Tardieu, que la morve produit des douleurs et un gonflement des jointures, qu'il serait souvent très-difficile de distinguer du rhumatisme articulaire aigu, si d'autres symptômes ne venaient en donner la clef?

Or, il est une cause peu connue, mais très-puissante, de ces affections articulaires, qui, sans appartenir au rhumatisme, peuvent en simuler tous les effets : nous voulons parler des altérations de l'axe médullaire et des nerfs qui en émanent.

Dès 1831, un chirurgien américain, Mitchell[3], avait

[1] Il est bien entendu qu'en nous servant de ce terme, nous ne voulons exprimer aucune vue doctrinale, et qu'il s'agit seulement d'éviter une périphrase.

[2] Eisenmann, *Die Krankheit-Familie Rheuma*. Erlangen, 1841.

[3] *American Journal of the medical Soc.*, t. VIII, p. 55; 1831.

signalé cette coïncidence dans les affections mécaniques, chirurgicales, *traumatiques*, de la moelle épinière; c'est là un ordre de causes qui est évidemment à l'abri de tout soupçon. Mitchell avait recueilli quatre observations de ce genre : nous en citerons deux.

Chez un homme affecté de carie vertébrale, des symptômes de rhumatisme articulaire aigu se montrèrent aux membres inférieurs et supérieurs : au coude, au genou, on vit paraître une tuméfaction douloureuse, accompagnée de chaleur et de rougeur. Ce rhumatisme d'une nouvelle espèce, ayant résisté aux moyens ordinaires, fut traité par l'application de sangsues et de révulsifs sur la tumeur vertébrale : la guérison ne se fit pas attendre.

Chez une femme atteinte d'une lésion du même genre à la région du cou, une tuméfaction rouge et douloureuse du poignet survint dans le cours de la maladie. Une guérison rapide fut obtenue par l'emploi des mêmes moyens que dans le cas précédent.

Nous n'irons pas aussi loin que l'auteur américain, et nous ne conclurons pas, avec lui, que le rhumatisme est une affection de la moelle épinière; mais nous profiterons de ces utiles renseignements pour nous mettre en garde contre ces prétendus rhumatismes spinaux, qu'on admet parfois avec trop de légèreté.

Sans insister plus longuement sur ce point[1], nous fe-

[1] Consultez, à cet égard, l'ouvrage de MM. Weir-Mitchell, Morehouse et Keen, sur *les Plaies d'armes à feu* (Philadelphie, 1864); et Remak (*Ueber den Einfluss des Nerven-Systems auf Krankheiten der Knochen und der Gelenken* : in *Allgem. Med. Central Zeitung*, Berlin, 11 mars 1863).

M. Charcot nous a communiqué une observation dans laquelle des dou-

rons remarquer que des cas analogues ont été observés depuis et ne rentrent pas dans la catégorie des faits exceptionnels ; aussi Remak établit-il une distinction tranchée entre la vraie arthrite, celle qui est consécutive à la goutte ou au rhumatisme, et la fausse arthrite (*arthritis spuria*), qui résulte des affections des centres nerveux.

Les accidents spinaux dans le cours du rhumatisme articulaire aigu ont été admis par les anciens auteurs ; mais à un point de vue plutôt théorique que pratique. C'est à une époque relativement assez récente qu'on est entré dans la voie des observations positives. Frank et Ollivier d'Angers ont admis que certaines paraplégies mobiles et peu persistantes sont dues à l'influence rhumatismale. M. le professeur Andral admet que certaines formes de lumbago sont des rhumatismes des enveloppes de la moelle épinière. Arrighi, en 1830, a fait connaître un cas dans lequel une méningite spinale avait succédé

leurs articulaires avec gonflement et rougeur se sont montrées à *plusieurs reprises différentes* chez un sujet qui commençait à présenter des phénomènes de paraplégie. Plusieurs médecins, appelés en consultation, crurent à l'existence d'une méningite rhumatismale ; mais quelques mois avant la mort, on vit apparaître une tumeur volumineuse faisant saillie de chaque côté derrière les oreilles, avec torsion du cou et de la face vers l'épaule droite, et impossibilité de tourner la tête à gauche. Cette tumeur repoussait la langue à droite, gênait la déglutition, et occasionnait de vives douleurs à la nuque. L'autopsie n'a pas eu lieu ; mais il est on ne peut plus vraisemblable qu'une affection de la colonne vertébrale a été le point de départ de tous les accidents.

Rappelons enfin que, dans les lésions traumatiques ou locales des nerfs, on a signalé des phlegmasies articulaires (Mitchell, Morehouse et Keen, *Arch. gén. de méd.*, février 1865, p. 195), et d'autres lésions de nutrition (Duménil, *Gaz. hebd.*, 1866, n° 8, p. 88), et que la galvanisation du grand sympathique au cou fait naître des douleurs dans les jointures (Benedikt, *Österreich. Zeitschrift*, 7 avril 1865). Voir aussi une note de M. Charcot dans le *Journal de physiologie* de Brown-Sequard, 1859.

à la *goutte*[1]. M. le professeur Bouillaud a signalé quelques cas de méningite rachidienne occasionnée par le rhumatisme[2]; il a même indiqué la coexistence de cette affection avec la péricardite[3]. M. le professeur Grisolle[4] avait observé, dès 1836, un cas de paraplégie dont l'origine était manifestement rhumatismale, et depuis cette époque il en a rencontré d'autres exemples.

En Angleterre, Hutchinson a publié trois observations intéressantes de cette maladie[5]. Signalons, enfin, les récentes leçons de M. le professeur Trousseau[6], les thèses soutenues à Paris par MM. Jasseron (1862), Roussel (1863), Parmentier (1864) et Hantraye (1865), et la récente publication de M. Gintrac.

LÉSIONS ANATOMIQUES.

Dans plusieurs des cas où l'on a constaté pendant la vie, des symptômes qui paraissaient se rapporter au rhumatisme spinal, on ne trouve après la mort aucune lésion matérielle appréciable : nous sommes ici sur le même terrain que pour l'encéphalopathie.

Mais il n'en est pas toujours ainsi, et l'on peut alors constater tous les divers degrés de la méningite et de la méningo-myélite rachidiennes. Tantôt on a trouvé une simple augmentation du liquide céphalo-rachidien (Hutchinson) ; tantôt la pie-mère et l'arachnoïde sont

[1] *Annali universali di medicina*, 1830.
[2] *Traité du rhumatisme.*
[3] *Traité des maladies du cœur*, t. I.
[4] *Traité de path. interne*, t. II.
[5] *Lancet*, 1838 et 1839.
[6] *Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu*, t. II.

plus ou moins injectées. Cette dernière membrane peut devenir sèche, opaque, poisseuse, et friable. A un degré plus élevé, la cavité de l'arachnoïde ou le tissu cellulaire sous-arachnoïdien peuvent renfermer de la sérosité purulente. On y a rencontré des néo-membranes, et cette dernière altération peut exister aussi à la face interne de la dure-mère [1].

Enfin, la couche corticale de la moelle épinière peut avoir participé au travail inflammatoire : on ne peut alors en détacher la pie-mère sans entraîner quelques fragments de la substance nerveuse. Mais, le plus souvent, le cordon nerveux demeure intact, malgré la vascularisation et l'épaississement de ses enveloppes : c'est ce qui avait lieu chez l'une des malades de M. Gintrac [2]: c'est ce qui existait aussi chez un conducteur d'omnibus dont nous avons recueilli l'observation en 1858, dans le service de Becquerel, à la Pitié. Cet homme, constamment exposé, par sa profession, au froid et à l'humidité, avait eu dix-sept attaques de rhumatisme articulaire aigu, avant de devenir paraplégique. Il est donc permis de croire que, dans ce cas au moins, le rhumatisme avait exercé une certaine influence sur la moelle épinière.

SYMPTOMATOLOGIE.

C'est en général après la disparition complète, ou du moins après la diminution des douleurs rhumatismales, qu'on voit apparaître les symptômes du rhumatisme spinal : c'est d'abord une douleur qui se fait sentir le

[1] Vulpian, cité par Lancereaux, *Arch. gén. de méd.*, t. I, p. 65; 1865.
[2] *De la méningite rhumatismale*, p. 30. Bordeaux, 1865.

long de la colonne vertébrale, tantôt à la région lombaire, tantôt dans toute la hauteur du rachis ; elle peut offrir une grande acuité ; elle s'accompagne souvent d'une hyperesthésie cutanée. Cependant ce phènomène est loin d'offrir la même intensité que dans la méningite rachidienne franchement inflammatoire.

Les convulsions, qui surviennent assez souvent, sont tantôt cloniques, tantôt toniques ; elles peuvent quelquefois aller jusqu'à produire le tétanos (Bouillaud). La mort peut en être le résultat, si la maladie remonte jusqu'à l'origine des nerfs phréniques ; le malade peut alors succomber dans un accès de suffocation.

Mais c'est la paralysie qui constitue le symptôme essentiel de la maladie. Souvent primitive, elle est quelquefois consécutive aux phénomènes convulsifs ; elle peut alterner avec des accidents du côté des jointures, comme chez cette infirmière de l'Hôtel-Dieu dont M. Trousseau a rapporté l'intéressante observation. Ordinairement limitée aux membres inférieurs, elle peut, comme nous l'avons vu, remonter plus haut et déterminer des accidents bientôt mortels. Les membres paralysés sont habituellement frappés d'anesthésie et d'analgésie ; la sensibilité musculaire est souvent conservée ; la contractilité électro-motrice persiste toujours. Il en serait de même des mouvements réflexes d'après M. Hantraye, auquel nous empruntons les traits principaux de cette description. MM. Ollivier et Ranvier les ont, au contraire, souvent trouvés abolis. On observe souvent une paralysie plus ou moins complète de la vessie et du rectum. Enfin, les membres paralysés subissent souvent un abaissement de température.

La *marche* du rhumatisme spinal est ordinairement régulière : il commence par suivre une courbe ascendante; puis, arrivé à son apogée, il s'y maintient pendant un espace de temps indéterminé, mais qui peut être assez long. Enfin, les symptômes s'amendent peu à peu : la douleur disparaît la première ; la paralysie persiste plus longtemps ; mais elle finit en général par céder à son tour. Quelquefois, comme nous l'avons signalé plus haut, il y a de bizarres alternances entre les phénomènes spinaux et les douleurs articulaires.

La *terminaison* de cette maladie est en général favorable.

Le *diagnostic* présente évidemment de grandes difficultés. Les circonstances dans lesquelles le rhumatisme spinal se présente ne sont pas toujours suffisantes pour le distinguer d'une affection inflammatoire de la moelle épinière : car l'existence de douleurs articulaires, comme nous l'avons vu, peut être elle-même l'un des symptômes initiaux de la myélite.

On peut cependant indiquer quelques différences entre la méningo-myélite franchement inflammatoire et les accidents spinaux du rhumatisme. En effet, dans l'inflammation de la moelle et de ses membranes, on rencontre une exaltation plus vive de la sensibilité, des contractions et des convulsions plus intenses et plus habituelles, un mouvement fébrile plus prononcé, une abolition complète de la contractilité électro-motrice, qui persiste dans le rhumatisme de la moelle épinière.

Enfin, la marche de la maladie est aussi un élément de diagnostic, car on sait combien les affections phlegmasiques de l'axe médullaire ont peu de tendance à gué-

rir : l'instabilité est, au contraire, le caractère habituel des paraplégies qui se rattachent au rhumatisme spinal.

Il serait parfois impossible de distinguer cette affection d'une paraplégie hystérique : nous ne connaissons aucun symptôme qui puisse être invoqué à cet égard, et ce sont uniquement les antécédents des malades, qui peuvent résoudre la difficulté. L'anesthésie hémiplégique, qu'on observe assez souvent chez les hystériques, ne se présente jamais dans le rhumatisme spinal. Ce serait peut-être un élément de diagnostic. La goutte (Graves) peut aussi produire des paraplégies ; mais dans les cas assez rares où cette coïncidence a été signalée, il existait des lésions très-profondes, et dont l'intensité même peut faire révoquer en doute l'origine qu'on leur attribue.

Le *pronostic* est donc en général favorable ; mais on doit cependant regarder le rhumatisme spinal comme une maladie sérieuse, en raison des douleurs si vives qui l'accompagnent, et de la possibilité de son extension aux parties supérieures du cordon médullaire, circonstance qui peut à elle seule déterminer la mort, et enfin à cause des *complications* qui peuvent s'y joindre, et dont les plus sérieuses sont les escarres du sacrum, et la propagation de la méningite spinale aux enveloppes du cerveau. Il est enfin probable qu'une paralysie rhumatismale prolongée peut amener à la longue une désorganisation de la moelle, et une paraplégie permanente.

Nous venons de tracer l'histoire du rhumatisme spinal, tel que nous le connaissons aujourd'hui ; mais il faut convenir que cette question n'est pas encore tranchée dans la science, et que de nouvelles recherches seraient indispensables pour l'élucider.

C. *Névroses.*

CHORÉE RHUMATISMALE.

Parmi les névroses qui, de près ou de loin, se rattachent au rhumatisme articulaire aigu, la chorée occupe incontestablement, par ordre de fréquence, le premier rang. Une affinité évidente règne entre ces deux affections; c'est là un fait pathologique qui a été mis hors de doute par les observations de Copland, Prichard, Richard Bright, et surtout par les travaux de MM. Sée[1] et Botrel[2], dont les résultats sont confirmés sous tous les rapports essentiels par les recherches de MM. Begbie[3], Kirkes[4] et quelques autres auteurs. La relation dont il s'agit peut exister à divers degrés et se manifester de plusieurs façons différentes. Nous avons vu déjà que des gesticulations choréiformes plus ou moins prononcées se mêlaient quelquefois aux mouvements convulsifs de l'encéphalopathie rhumatismale. On peut dire qu'ici la chorée reste à l'état rudimentaire; elle se montre imparfaite et fugace. Mais, dans d'autres cas, elle se développe dans le cours même d'un accès rhumatismal, ou vers l'époque de sa terminaison; cette fois, elle ne sera pas accompagnée d'accidents cérébraux. Elle acquiert rapidement alors son plus haut degré d'intensité; puis, les arthrites ayant disparu à la fin de la période ordinaire, elle leur survit pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois, de manière à constituer une maladie en apparence indépendante.

[1] *Mém. de l'Acad. de médecine*, 1851.
[2] *Thèses de Paris*, 1850.
[3] *Monthly Journal of medic. sc.*, p. 740 ; 1847.
[4] *Lond. med. gaz.*, t. XI ; 1850.

Cet ensemble symptomatique se dissipera spontanément et d'une manière graduelle, dans la majorité des cas ; il peut céder aussi à l'emploi d'une médication appropriée ; mais on le voit quelquefois disparaître subitement lorsque les symptômes arthritiques, provisoirement assoupis, se réveillent de nouveau.

Il existe des faits assez nombreux dans lesquels le début et la fin d'une chorée sont ainsi signalés tous les deux par une attaque de rhumatisme. Souvent aussi l'affection convulsive précède les douleurs articulaires ; celles-ci se manifesteront pendant le cours de la névrose ou à l'époque de son déclin. Enfin, on cite des observations où chaque récidive du rhumatisme a été marquée par la réapparition de la chorée, et inversement.

Dans tous les cas qui précèdent, la filiation de ces deux maladies est pour ainsi dire immédiate. Elle est moins saisissante, mais toutefois fort appréciable encore, dans les cas où l'hérédité joue le rôle principal. Parmi les choréiques qui sont épargnés par le rhumatisme, il en est un grand nombre qui sont issus de parents rhumatisants. Ainsi, plusieurs enfants d'une même famille peuvent être atteints, l'un de chorée, l'autre de rhumatisme articulaire, un troisième enfin de ces deux affections réunies[1]. D'ailleurs, une chorée en apparence indépendante du rhumatisme, en ce sens qu'elle n'a été ni précédée, ni accompagnée, ni suivie de symptômes arthritiques, peut cependant se trouver liée à une ou à plusieurs des affections viscérales (endocardite, péricardite, pleurésie) qui se rattachent à cette maladie.

[1] Begbie, Sée, Todd, *Clinic. lect. New system*, p. 429. Lond., 1856.

A part la connexion qu'elle présente avec les diverses affections rhumatiques, la chorée rhumatismale ne possède, quant à présent, aucun caractère individuel. Les phénomènes extérieurs, le mode d'évolution de la maladie, n'offrent rien de particulier. Il paraîtrait cependant, d'après les observations recueillies par M. le docteur Moynier [1], que les sujets chez lesquels la chorée dure le plus longtemps, plusieurs mois et même plusieurs années, sont ceux qui n'ont jamais eu de rhumatismes et qui ne sont pas issus de parents rhumatisants. Suivant le même auteur, la chorée liée au rhumatisme récidiverait moins fréquemment que les autres formes de la maladie.

Un caractère important au point de vue du pronostic, c'est que la chorée rhumatismale paraît se distinguer entre toutes par sa tendance prononcée vers une terminaison fatale : ainsi, sur un ensemble de 36 cas de ce genre recueillis par M. Kirkes, on n'en compte pas moins de 11 qui se sont terminés par la mort.

C'est presque toujours à des formes peu intenses ou même subaiguës du rhumatisme articulaire, que la chorée s'associe. Cependant, chose remarquable, quand ces deux affections se trouvent réunies, il est de règle que les affections du péricarde et surtout celles de l'endocarde viennent se surajouter aux autres éléments de la maladie, malgré le peu d'intensité des phénomènes arthritiques. Deux fois seulement, sur trente-trois faits de chorée liée au rhumatisme, on a pu constater d'une manière évidente qu'il n'existait point de compli-

[1] *Theses de Paris*, 1855, p. 84.

cation cardiaque (Kirkes). Le plus souvent l'affection du cœur précède de quelques jours le développement de la chorée; mais quelquefois le contraire a lieu, et la chorée peut même, ainsi qu'on l'a vu, devancer les affections des jointures. Ce dernier fait suffirait à lui seul pour démontrer combien est erronée l'opinion des auteurs qui voudraient expliquer les rapports de la chorée et du rhumatisme par l'intervention d'une maladie du cœur.

De même que les autres formes de la chorée, celle qui est liée au rhumatisme est placée, sans aucun doute, sous l'influence du système nerveux; mais, s'il existe en pareil cas une altération positive des centres de l'innervation, nous ne savons jusqu'à présent rien de précis sur le siége et la nature de cette lésion[1].

Quelquefois on a rencontré sur les méninges rachidiennes des traces incontestables d'hyperémie, avec ou sans produits d'exsudation[2]; d'autres fois, divers points de la moelle épinière ont été trouvés ramollis. Ces altérations sembleraient indiquer que le cordon rachidien et ses enveloppes ont principalement souffert; mais de pareilles lésions, même dans les cas où elles sont le plus prononcées, sont tout à fait insuffisantes pour rendre compte des phénomènes observés pendant la vie; on peut, en effet, les rencontrer chez des sujets qui n'ont jamais présenté d'accidents choréiques.

Parmi les conditions qui paraissent favoriser tout particulièrement le développement de cette névrose chez les rhumatisants, on s'accorde à signaler l'enfance, l'époque de la puberté, le sexe féminin ou l'existence an-

[1] Kirkes, *loc. cit.*
[2] Botrel, *loc. cit.*

térieure d'une autre affection nerveuse, l'hystérie par exemple (Kirkes). L'intervention d'une cause occasionnelle paraît favoriser le développement de la maladie; on la voit parfois éclater pendant le cours d'une phlegmasie viscérale ou sous le coup d'une vive émotion.

HYSTÉRIE.

M. Briquet, qui a le premier signalé les rapports entre l'hystérie et le rhumatisme articulaire aigu[1], a rencontré cette complication vingt-huit fois sur quatre cents hystériques. Il n'a point vu ces deux maladies exercer une influence bien positive l'une sur l'autre; cependant il pense que cette coïncidence pourrait bien se rattacher aux rapports déjà constatés entre l'hystérie et la chorée.

Une des malades de M. Briquet a eu simultanément de l'hystérie et du rhumatisme articulaire aigu; et, après la cessation de celui-ci, il est survenu une attaque de chorée.

CONTRACTURE DES EXTRÉMITÉS.

Depuis l'époque où Dance appela pour la première fois l'attention sur cette singulière maladie, l'influence du froid, comme cause déterminante de la *tétanie*, a été admise sans contestation par tous les médecins. Mais est-ce là une raison suffisante pour accorder à cette névrose une place dans le cadre des affections rhumatismales? Nous nous sommes déjà expliqué sur ce point : nous ne croyons pas qu'il suffise de rattacher une maladie quel-

[1] *Traité de l'hystérie*, p. 531.

conque à cette étiologie banale, pour démontrer sa parenté avec le rhumatisme ; il faut pour cela d'autres caractères. Or, la contracture des extrémités coïncide parfois avec le gonflement douloureux des jointures : cette complication est une raison de croire à sa nature rhumatismale, au moins dans un certain nombre de cas, ainsi que l'admettent MM. Béhier et Hardy [1], Sée, Rilliet et Barthez [2], et plusieurs autres auteurs.

TÉTANOS.

L'influence du froid et de l'humidité, et plus spécialement des brusques refroidissements, sur le développement du tétanos, a été signalée par beaucoup d'auteurs, et spécialement par les chirurgiens militaires. Larrey l'a observée en Egypte, sur le littoral, pendant des nuits froides et pluvieuses ; et M. Bégin fait remarquer qu'il n'y eut aucun cas de cette maladie après la bataille de la Moscowa, malgré la haute température ; tandis qu'après la bataille de Dresde, par un temps froid et humide, il y eut plusieurs cas de tétanos parmi les blessés de l'armée française.

Nous répéterons à cet égard ce que nous venons de dire au sujet de la contracture des extrémités.

PALPITATIONS NERVEUSES DU CŒUR.

Le rhumatisme articulaire, en dehors de son action spéciale et bien connue sur les membranes interne et

[1] *Traité de pathologie interne*, t. III, p. 820, 1re édit.
[2] *Traité des maladies des enfants*, t. II, p. 390.

externe du cœur, peut agir également sur cet organe, pour y déterminer des troubles fonctionnels, qui ont été nettement signalés par MM. Bouillaud et Stokes. Nous ne savons point si les palpitations rhumatismales se rattachent à une action directe du rhumatisme sur le tissu musculaire du cœur, ou s'il faut les considérer comme une simple névrose; toujours est-il qu'on les voit se produire indépendamment de toute lésion organique, et qu'elles paraissent coexister non-seulement avec le rhumatisme articulaire, mais surtout avec le rhumatisme musculaire.

BÉRIBÉRI.

Parmi les médecins qui ont spécialement étudié les maladies qui règnent dans l'Inde anglaise, il en est plusieurs qui attribuent une origine rhumatismale à cette affection. Ils en distinguent deux espèces : la première s'appelle *béribéri*, et paraît rentrer dans la classe des hydropisies; la seconde, à laquelle ils donnent le nom de *barbiers*[1], est une affection paralytique qui règne à Ceylan et sur la côte de Malabar, à la fin de la saison pluvieuse[2]. Il est bien démontré que le froid et l'humidité en sont les causes les plus fréquentes. Mais cette affection, complétement étrangère à nos climats, n'est pas de notre compétence.

[1] Clark, *On the diseases which prevail in hot countries*, t. I. — Marshall, *Notes on the medical topography of Ceylon*.

[2] Wright, *Edinburgh med. and surg. Journal*, vol. XLI, p. 41.

PARALYSIE ESSENTIELLE.

Plusieurs auteurs attribuent une origine rhumatismale à la paralysie dite essentielle de l'enfance [1]. West en rapporte un exemple chez un enfant de vingt mois: chez ce petit malade, la paralysie avait été précédée d'un rhumatisme des membres [2].

ASTHME, ANGINE DE POITRINE.

Il est généralement admis que l'asthme et l'angine de poitrine sont une des expressions de la diathèse rhumatismale et goutteuse. Mais nous croyons que la plupart des cas de ce genre qui ont été attribués au rhumatisme appartiendraient bien plutôt à la goutte.

Quoi qu'il en soit, ces deux affections si complexes, et auxquelles on attribue des causes si diverses, peuvent, sans doute, se rencontrer chez des malades plus ou moins sujets au rhumatisme, ainsi que chez leurs parents ou parmi leur descendants; mais nous ne voyons aucune liaison *directe* entre l'une ou l'autre de ces deux maladies et le rhumatisme articulaire aigu.

FOLIE.

Nous avons déjà parlé de la folie rhumatismale ; nous nous proposons seulement ici de rappeler les rapports qui unissent, au point de vue de l'hérédité, le rhumatisme articulaire aigu à l'aliénation mentale.

[1] Rilliet et Barthez, *op. cit.*, t. II, p. 559.
[2] West, *op. cit.*, trad. allemande de Wegner, p. 139.

NÉVRALGIES VISCÉRALES.

Nous marquons ici la place des *viscéralgies*, que plusieurs auteurs attribuent au rhumatisme : telles seraient, par exemple, l'hépatalgie, l'entéralgie et la gastralgie rhumatismale; cette dernière sera étudiée plus loin [1].

§ IV. — Appareil digestif.

Nous étudierons dans ce paragraphe : A. les affections de l'intestin; B. du péritoine; C. du foie; — qui se rattachent au rhumatisme articulaire aigu. Nous parlerons dans un autre endroit de la *dyspepsie* rhumatismale.

A. *Affections de l'intestin; entérite, dysenterie rhumatismale.*

La constipation, symptôme habituel du rhumatisme articulaire aigu, est quelquefois remplacée par une diarrhée plus ou moins intense et opiniâtre. Il n'est pas très-rare de voir des accidents intestinaux plus graves encore se déclarer, dans les mêmes circonstances, sans qu'aucune influence extérieure puisse être incriminée; ils prennent alors décidément les caractères de l'entérite aiguë. Ces accidents paraissent pouvoir être légitimement rattachés à la même cause que les douleurs articulaires, c'est-à-dire qu'ils dériveraient directement, comme celles-ci, de l'influence rhumatismale. Les observations les plus satisfaisantes à cet égard sont ici,

[1] Consultez Laboulbène, *Des névralgies viscérales*, thèse de concours pour l'agrégation en médecine. 1860.

comme partout ailleurs, celles où les symptômes abdominaux et les douleurs articulaires se produisent alternativement dans le cours d'un même accès[1]. Les deux ordres de symptômes, se remplaçant ainsi mutuellement à diverses reprises, semblent témoigner de leur affinité, et déceler une origine commune. Tout au moins paraît-il peu naturel, en l'absence de toute cause étrangère appréciable, d'attribuer leur association au hasard, à une coïncidence fortuite. La relation intime et l'origine commune des deux ordres d'affections se montre d'une manière moins saisissante, mais paraît cependant encore fort probable, lorsque l'affection intestinale précède immédiatement l'accès de rhumatisme articulaire aigu[2], ou lui succède, ou même lorsque les symptômes arthritiques ou gastro-entériques coexistent et marchent de concert, sans paraître s'influencer réciproquement[3]. La maladie, dans tous les cas de ce genre, ne semble jamais avoir une issue funeste; les symptômes sont ceux de l'entérite catarrhale pure, à savoir : dévoiement glaireux, coliques plus ou moins vives, quelquefois accompagnées de ténesme, ballonnement notable du ventre sans tension exagérée des parois abdominales, etc.

L'inflammation ulcéreuse, subhémorragique et tormineuse du colon, en d'autres termes la dysenterie, peut, au même titre que l'entérite catarrhale pure, mais plus rarement que celle-ci, se trouver liée au rhumatisme articulaire aigu[4].

[1] Grifoulhière, *De l'entérite rhumatismale*, et *Journal des conn. médico-chirurgicales*, 1841, p. 19; obs. I et V.

[2] *Ibid.*, obs. VII.

[3] Chomel et Requin, *loc. cit.*, p. 393 ; obs. XXIV et XVII.

Stoll a été fréquemment témoin de la coexistence de l'arthrite rhumatismale avec la dysenterie chez un même individu; il avait remarqué expressément que souvent alors les deux affections alternaient, celle-ci disparaissant plus ou moins brusquement pour faire place à celle-là, et réciproquement [1]. Mais, à l'époque où ces observations ont été faites, la dysenterie sévissait d'une manière épidémique et frappait un grand nombre d'individus non atteints de rhumatisme. Il est, par conséquent, fort difficile de décider si, dans les cas de rhumatisme articulaire avec dysenterie observés par Stoll, l'affection du colon était bien réellement subordonnée au rhumatisme, ou si, au contraire, créée de toutes pièces par la cause épidémique, elle ne constituait pas tout simplement une complication pour ainsi dire accidentelle. Le terme dysenterie ne correspond pas à une unité morbide : il embrasse plusieurs affections distinctes, qui, en réalité n'ont en commun que l'inflammation ulcéreuse du colon, avec les symptômes particuliers qu'elle provoque. De ces affections, les unes peuvent se montrer épidémiquement, et paraissent produites, tantôt par certaines intempéries des saisons, tantôt par une intoxication miasmatique; les autres, toujours sporadiques, se développent spontanément en apparence, à titre d'affections secondaires, dans le cours de maladies bien déterminées, telles que la diathèse purulente, la fièvre puerpérale, la maladie de Bright, le typhus, etc. C'est à la dernière catégorie de faits qn'il convient de rattacher la dysenterie rhumatismale proprement dite.

[1] *Ratio medendi*, part. III, cap. IV, § 4.

B. *Péritonite.*

Nous ne nous proposons point d'étudier ici les péritonites occasionnées directement par le froid, qui, comme on le sait, est l'une des causes les plus fréquentes de cette phlegmasie séreuse [1]. Nous rappellerons seulement que depuis Stoll on a souvent signalé des cas de péritonite survenue dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu. On a même été jusqu'à lui attribuer la production d'une ascite dans certains cas. Mais nous avons surtout pour but de signaler les intéressantes observations que M. le docteur Chauffard [2] a consignées dans un rapport extrêmement remarquable sur la constitution médicale de l'année 1862.

Il s'agit de péritonites partielles, franchement aiguës, toutes survenues chez la femme, localisées surtout vers le bassin, de pelvi-péritonites, pour employer l'heureuse expression de M. Bernutz. Le nombre de ces maladies, dans le courant de l'année, s'est élevé à onze ou douze. Aucune de ces observations ne portait sur des filles livrées aux excès sexuels, affectées de lésions spécifiques ou phlegmasiques des organes génitaux; aucune n'était récemment accouchée. Toutes ces pelvi-péritonites se montrèrent chez des femmes adonnées à des travaux pénibles, subissant souvent des fatigues excessives, exposées aux intempéries saisonnières.

L'invasion était le plus souvent brusque et succédait

[1] Consultez à cet égard Stoll, *Rat. med.* et Gottschalk, *Darstellung der Rheumatischen Krankheiten. Köln*, 1845.

[2] *Arch. gén. de médecine*, 1863, t. I, p. 665.

immédiatement à l'impression extérieure du froid. Survenaient ensuite de vives douleurs dans le bas-ventre, accompagnées de vomissements, et rendant impossible la station verticale.

A l'examen local, tension abdominale, tympanite plus ou moins prononcée et plus marquée vers la région sous-ombilicale; la pression la plus légère vers ces points réveille d'excessives douleurs. Cette pression laisse percevoir, au centre même de la région douloureuse, une tumeur nettement circonscrite, d'une douleur excessive au toucher, et par conséquent caractéristique de la pelvi-péritonite, comme l'a si bien démontré M. Bernutz. Ces symptômes locaux s'accompagnaient de fièvre vive, avec chaleur à la peau. Les phénomènes généraux étaient peu accusés.

Cette affection, grave en apparence, a toujours cédé à un traitement émollient et à l'emploi d'une révulsion puissante (larges vésicatoires sur le bas-ventre). La tumeur péritonéale s'effaçait dans tous les cas si complétement, qu'il devenait bientôt impossible d'en retrouver la trace.

Il n'a donc jamais été donné à M. Chauffard de constater à l'autopsie la nature des lésions. Cependant, aux symptômes de cette affection, on reconnaîtrait, d'après lui, l'existence d'une pelvi-péritonite. Cette maladie, évidemment développée sous l'influence du froid humide, est-elle de nature rhumatismale? Le fait suivant, qui est malheureusement resté seul, tendrait à le prouver. Chez une de ces malades, vers le quatrième jour de la maladie, en même temps que s'apaisaient les douleurs abdominales, se manifestèrent des douleurs articulaires dans les genoux et les articulations tibio-tarsiennes;

deux jours plus tard, ces douleurs s'apaisaient, et la pelvi-péritonite reprenait son cours.

Sans partager entièrement les convictions de l'auteur, nous croyons bien faire en renvoyant le lecteur à cette description si vive et si colorée, et que nous affaiblissons en l'analysant.

C. *Affections du foie; ictère rhumatismal.*

L'ictère n'a pas été souvent noté par les observateurs, dans les conditions qui nous occupent; car la fièvre rhumatismale bilieuse de Stoll n'est autre chose qu'un rhumatisme articulaire aigu, dans lequel le facies du malade lui fait supposer que la maladie est d'une nature bilieuse, et qu'il traite avec succès par les évacuants. Loin d'être ictériques, les malades en question ont le visage fortement coloré.

On pourrait cependant trouver la première indication de l'ictère rhumatismal dans un passage de Bianchi[1]. Mais c'est surtout à M. le professeur Monneret qu'on doit la connaissance de cette complication, qu'il a eu quinze fois l'occasion d'observer, et qu'il décrit, dans ses cours, sous le nom de rhumatisme du foie. Il signale dans cette complication un accroissement du volume du foie, facile à constater par la percussion, et qui s'accompagne d'un mouvement fébrile le soir, qui augmente la force du rhumatisme et de sueurs abondantes. Il attribue ces phénomènes à une congestion hépatique.

[1] Bianchi, *Historia hepatica*, t. I, p. 318. — Strenui vinipotæ frequenter ventriculi languoribus, aut colicis, aut *articularibus affectibus* corripiuntur, quos tamen his omnibus non raro solutos vidimus per subitum salutarem *icterum*.

M. Baillet[1], qui, dans sa thèse, a réuni dix observations de ce genre, a noté trois fois l'existence d'une affection de cœur chez ses malades. Il ne lui a pas été donné de constater la congestion du foie.

Dans le travail que nous venons de citer, M. le docteur Chauffard a rapporté un cas d'hyperémie hépatique avec vomissements bilieux, qui, après peu de jours, s'est transformé en un rhumatisme articulaire aigu. La guérison s'est franchement opérée.

Du reste, tous les observateurs sont d'accord pour regarder cet accident comme d'un pronostic peu sérieux : il ne motive aucune thérapeutique active.

Les affections organiques du foie peuvent-elles reconnaître parfois une cause rhumatismale ? Sous l'influence d'une maladie cardiaque primitivement développée sous l'influence rhumatismale, le foie peut sans doute subir de profondes altérations, mais rien ne démontre encore que le rhumatisme puisse directement agir sur ce viscère pour le désorganiser.

§ V. — Appareil urinaire.

Nous avons déjà eu l'occasion de nous expliquer sur la néphrite rhumatismale, et nous ne croyons pas avoir à nous occuper ici de la gravelle, qui appartient plus spécialement à l'histoire de la goutte. Nous n'avons pas à parler non plus de la blennorrhée rhumatismale, qui est

[1] *Thèses de Paris*, 1862. Dans un travail inséré dans l'*Union médicale de la Gironde* (juillet 1863), M. le docteur Chatard a rapporté deux observations nouvelles d'ictère rhumatismal.

évidemment étrangère à notre sujet. C'est donc la vessie dont il sera exclusivement question dans ce paragraphe.

AFFECTIONS DE LA VESSIE. — CYSTITE RHUMATISMALE, RHUMATISME VÉSICAL, RÉTENTION D'URINE.

Il n'est point très-rare de voir survenir durant le cours et surtout à l'époque de la terminaison d'un rhumatisme aigu, des symptômes qui annoncent une irritation plus ou moins prononcée de la vessie. La région pubienne devient alors douloureuse et quelquefois très-sensible à la pression. Tantôt il y a de fréquentes micturitions, et l'excrétion urinaire est très-douloureuse ; un sentiment d'ardeur et de cuisson existe en outre quelquefois tout le long du canal de l'urèthre, et il y a en même temps de fausses envies d'uriner. Tantôt, au contraire, il y a rétention d'urine; cependant un cathéter peut être introduit dans la vessie sans rencontrer le moindre obstacle. On observe d'ailleurs quelquefois sur le même individu et dans la même attaque, des alternatives de dysurie et d'ischurie. L'urine rendue dans les vingt-quatre heures est souvent peu abondante et très-concentrée ; chez un malade que nous avons observé à l'hôpital de la Pitié en 1858, elle renfermait des mucosités sanguinolentes et laissait déposer par l'addition de l'acide nitrique un précipité albumineux très-épais.

Les accidents dont il s'agit, et dont on trouve des exemples relatés par Chomel et Requin[1], M. N. Gueneau de Mussy[2], ont été observés dans un cas très-intéressant

[1] *Loc. cit.*, p. 408.
[2] *Loc. cit.*, p. 26.

par M. le docteur Chauffard[1]; ils sont habituellement tout à fait passagers, ils se dissipent au bout de quelques jours, ou même de quelques heures, soit spontanément, soit à l'aide des moyens les plus simples. Il est possible, et même très-probable, que, dans certains cas, ces phénomènes reconnaissent pour cause une concentration extrême ou une altération chimique des urines: la membrane muqueuse de la vessie se trouverait alors excitée, et peut-être enflammée par le contact d'un liquide irritant. Dans d'autres cas au contraire, on peut supposer que les accidents dérivent d'une affection primitive, et à proprement parler, rhumatismale, des parois vésicales. Mais c'est là un sujet qui a été jusqu'à présent trop peu étudié, pour qu'on puisse décider s'il en est réellement ainsi.

§ VI. — Organes génitaux.

Nous décrirons dans ce paragraphe le rhumatisme du testicule ; le rhumatisme utérin sera étudié dans notre troisième et dernier chapitre.

Les fluxions rhumatismales du testicule avaient été signalées par Stoll[2]. Elles paraissent d'ailleurs assez peu fréquentes.

M. le docteur Notta a rapporté, il y a quelques années[3], l'observation très-intéressante d'un homme âgé de trente

[1] Thèse de concours, 1856, p. 41.

[2] *Ratio medendi*, t. III, Ephem. anni 1779, september.

[3] *Gaz. des hôp.*, août 1851, et *Bulletin de thérapeutique* t. XLI, p. 231, 1857.

ans, et chez lequel trois jours après le début d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu, on vit survenir une douleur dans le testicule gauche, bientôt suivie d'un gonflement tel, que l'organe paraissait avoir acquis le volume d'un œuf de poule. On s'assura par un examen attentif, que ce gonflement provenait en grande partie, sinon en totalité, de l'existence d'un épanchement rapidement formé dans la tunique vaginale. Le testicule lui-même paraissait, en effet, avoir conservé les dimensions ordinaires. Le rhumatisme articulaire, qui eut d'ailleurs une évolution normale, céda à un traitement approprié, vingt jours environ après le début des premiers symptômes. La tuméfaction scrotale disparut vers la même époque sans qu'on eût dirigé contre elle aucun moyen particulier. Le fait qui vient d'être rapporté et qui paraît établir l'existence d'une affection de l'enveloppe séreuse du testicule liée au rhumatisme articulaire aigu, n'est pas isolé dans la science. Hodgkin, Diesterberg, Eisenmann[1], M. Fernet[2], et quelques autres auteurs ont cité des exemples qui rentrent évidemment dans la même catégorie.

TRAITEMENT DES AFFECTIONS VISCÉRALES QUI PEUVENT SURVENIR DANS LE COURS DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU.

Parmi les moyens thérapeutiques employés dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, il en est au moins trois qui, par l'intensité de leur action sur l'en-

[1] Eisenmann, *op. cit.*, t. III, p. 478.
[2] Thèse citée, p. 96.

semble de l'économie, ont été accusés de favoriser le développement des affections internes : nous voulons parler des mercuriaux, des émissions sanguines et du sulfate de quinine. De ces trois moyens, les deux premiers seraient de nature à prédisposer aux maladies du cœur ; le dernier aux troubles encéphaliques.

Les médecins anglais, qui, dans ces derniers temps, ont beaucoup préconisé les alcalins dans le traitement du rhumatisme, ont fortement insisté sur les inconvénients des autres moyens médicamenteux sous le rapport des affections viscérales consécutives. Nous empruntons à Dickinson [1] un tableau comparatif des résultats des diverses méthodes, envisagées à ce point de vue.

Phlébotomie	8 cas.	4 affections cardiaques.	
Mercuriaux	24	6	2 morts.
Poudre de Dover	7	7 (d'après Dickinson.)	
Opium			
Belladone			
Sulfate de quinine	21	14 (d'après Sibson, cité par Dickinson).	
Iodure de potassium			
Nitrate de potasse	7	1	
Traitement salin (sels alcalins à faible dose : moins de 12 grammes dans les 24 heures)	62	17	
Traitement alcalin à faible dose (12 à 15 grammes).	17	6	
Traitement alcalin à haute dose (15 à 45 grammes).	48	1	

Nous laissons complétement la responsabilité de ces résultats à l'auteur anglais ; ils sont évidemment fondés sur un trop petit nombre de cas pour être acceptés sans

[1] *Trans. of the Med. and Chir. Soc.* London, 2e série, 1862.

réserve; d'ailleurs, ils se ressentent des préoccupations plutôt théoriques que pratiques qui ont fait obtenir au traitement alcalin une si grande vogue en Angleterre. M. le docteur Chauffard[1] qui a largement expérimenté ce système en France, n'a point obtenu, par cette méthode, des résultats très-avantageux.

Il est cependant admis, d'une manière générale, que les saignées abondantes, en augmentant rapidement la proportion de fibrine, déjà si considérable, dans le sang des rhumatisants, prédisposent au dépôt de concrétions fibrineuses sur les valvules; elles déterminent souvent la formation de ces polypes volumineux, qui sont, d'après M. le professeur Bouillaud, l'une des causes de mort les plus fréquentes chez les rhumatisants.

Quant aux mercuriaux, qui, fort heureusement pour nous, n'ont jamais été préconisés en France dans le traitement du rhumatisme articulaire, nous n'avons pas besoin d'instruire leur procès.

Nous ne voulons point aborder ici la controverse qui s'est élevée au sujet de l'emploi du sulfate de quinine, et de l'influence qu'il pourrait avoir sur le développement des affections cérébrales. Comme on devait s'y attendre, ce sont les partisans de la phlébotomie qui ont élevé la voix le plus haut [2]; mais les défenseurs du sulfate de quinine leur ont répondu, non sans quelque apparence de raison, que les malades soumis au régime des saignées *généreuses* n'échappaient pas davantage aux accidents cérébraux du rhumatisme. La question a été si complétement et si spirituellement discutée par

[1] *Arch. gén. de Méd.* 1863, t. I, p. 641.

[2] Auburtin, *Recherches cliniques sur le rhumatisme art. aigu.* 1860.

M. le professeur Trousseau, qu'il nous paraît inutile d'insister davantage sur ce point.

Nous signalerons enfin l'emploi de la vésication largement appliquée sur toutes les articulations malades, comme moyen préservatif des affections du cœur. Un auteur anglais, Herbert Davies[1], qui a fait usage de ce traitement, prétend en avoir obtenu d'excellents résultats. Mais une statistique fondée sur treize observations nous paraît bien insuffisante pour résoudre cette question.

Mais l'affection viscérale s'est déclarée : le cœur, les poumons, les centres nerveux sont envahis; que convient-il de faire?

Quand le cœur ou le péricarde sont affectés, on aura recours aux émissions sanguines faites avec prudence, et plus spécialement aux saignées locales (Grisolle, Fuller, Latham); mais on insistera surtout sur les révulsifs. L'opium est vivement recommandé par Fuller[2], qui ne manque pas d'ailleurs d'insister ici sur l'utilité du traitement alcalin, comme il a coutume de le faire, chaque fois que l'occasion s'en présente. Tous les auteurs sont d'accord pour signaler la nécessité absolue d'un régime sévère, au moins pendant la période aiguë de l'affection.

Les pleurésies et les pneumonies rhumatismales, en raison de leur nature particulière et de la facilité avec laquelle on les voit se dissiper, auront pour indications principales les saignées locales et surtout les révulsifs cutanés (Fuller, Latham, Todd).

[1] *On the treatment of rheumatic fever, in its acute state, exclusively by free blistering.* Londres. 1864.

[2] *Loc. cit.*, p. 233.

Quant à la congestion pulmonaire, cette complication si grave qui se produit quelquefois dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu, elle sera combattue par l'emploi des moyens les plus énergiques. L'application du marteau de Mayor paraît, dans un cas rapporté par M. Houdé (thèse citée), avoir sauvé la vie du malade.

Les accidents cérébraux du rhumatisme sont assurément, au point de vue du traitement, la partie la plus ingrate de notre sujet. Ils suivent en général un cours fatalement tracé d'avance, et ne doivent le plus souvent leur guérison, qu'aux efforts de la nature. Cependant, le médecin ne doit pas rester désarmé en présence de cette complication redoutable. Le musc et l'opium, administrés dès le début, ont donné à M. le professeur Trousseau des résultats avantageux[1]. Fuller insiste sur l'utilité de ce dernier médicament dans les cas de délire ataxique ; dans le délire avec excitation, il recommande les saignées locales, employées avec une grande modération[2]. Un large vésicatoire appliqué sur le cuir chevelu a pu quelquefois sauver le malade.

Tous les médecins sont d'accord sur l'utilité des moyens révulsifs appliqués aux articulations qui étaient affectées en dernier lieu, avant l'invasion du délire.

Nous croyons enfin qu'on devra s'arrêter dans l'emploi de la médication quinique, lorsque des accidents cérébraux se déclareront pendant le cours du traitement. Nous savons que l'un des malades de Beau s'est rétabli, bien que l'usage du sulfate de quinine n'ait pas été discontinué ; mais nous ne croyons pas qu'on puisse s'autoriser

[1] *Loc. cit.*, t. II, p. 729.
[2] *Loc. cit.*, p. 343.

de cet exemple, pour négliger les conseils de la prudence.

Les accidents spinaux de rhumatisme sont caractérisés en premier lieu par une douleur très-vive, qui préoccupe tout spécialement le malade. On en pourra souvent triompher par les narcotiques, les injections hypodermiques, et par l'application locale du chloroforme, recommandée dans le lumbago par M. Moreau, de Tours [1]. Les phénomènes congestifs et paralytiques seront combattus par les saignées locales et les révulsifs, mais avec peu d'espoir de succès [2].

Quant aux autres affections viscérales qui peuvent venir compliquer le rhumatisme articulaire aigu, elles ne sauraient fournir aucune indication thérapeutique spéciale; l'étiologie de l'affection ne doit point influer ici sur le traitement. D'ailleurs, la plupart de ces maladies guérissent par l'expectation.

[1] Luquet, *thèses de Paris*. Du lumbago.

[2] Consultez, à cet égard, les thèses de MM. Jasseron, Roussel, Parmentier et Hantraye.

CHAPITRE II.

Des affections viscérales qui peuvent survenir dans le cours du rhumatisme articulaire chronique.

Nous nous proposons, dans ce chapitre, de traiter des affections viscérales qui peuvent se montrer dans le rhumatisme articulaire chronique. Nous serons bref sur ce point, car les développements que nous avons donnés à la première partie de notre sujet nous dispenseront désormais d'entrer dans beaucoup de détails.

Nous ne sommes plus en présence d'une affection nettement tranchée, comme le rhumatisme articulaire aigu : il s'agit d'une maladie dont les limites sont moins précises et qui comprend des formes vagues et mal déterminées. Il nous paraît donc indispensable, avant d'entrer en matière, de définir le rhumatisme chronique et d'en énumérer les principales variétés.

Le rhumatisme articulaire chronique primitif est le type du genre. Il y a cependant lieu de distinguer :

1° Le rhumatisme articulaire chronique progressif (Charcot); c'est le rhumatisme noueux, le rhumatisme articulaire chronique *primitif*. Il peut succéder cependant au rhumatisme articulaire aigu.

2° Le rhumatisme articulaire chronique partiel, arthrite sèche des auteurs, ne diffère pas essentiellement du précédent. Il a été étudié surtout en chirurgie.

3° L'affection décrite par Heberden [1], qui est carac-

[1] *Commentarii de morborum historia*, etc. Frankfort, 1804.

térisée par des nodosités des phalangettes. Elle est souvent associée aux deux variétés que nous venons de décrire; aussi plusieurs auteurs ont-ils confondu ces trois formes entre elles et surtout avec la goutte.

Adams avait autrefois désigné cette affection sous le nom de *chronic rheumatic arthritis;* les idées de cet auteur, qui s'attache à démontrer l'identité des trois espèces de rhumatisme chronique, avaient été mises de côté depuis longtemps, lorsque M. Charcot les a reprises et confirmées [1].

L'affection qui nous occupe peut être considérée comme la représentation à l'état chronique de la maladie que nous venons d'étudier à l'état aigu : il est vrai qu'elle est le plus souvent primitive; cependant elle se relie par des transitions insensibles à la forme aiguë du rhumatisme : c'est ainsi qu'on voit quelquefois le rhumatisme noueux succéder au rhumatisme articulaire aigu, soit immédiatement, soit après un laps de temps plus ou moins considérable.

Nous allons étudier les manifestations viscérales du rhumatisme chronique dans chacune des trois formes de la maladie, mais surtout dans le rhumatisme noueux, qui en est la forme la plus commune.

Le rhumatisme noueux a été si longtemps confondu avec la goutte, qu'on lui a souvent attribué des affections internes qui appartiennent essentiellement à cette dernière maladie[2]. Cependant, après avoir éliminé tout

[1] Consultez à ce sujet les Thèses de doctorat de MM. Charcot (1853), Trastour (1853), et Plaisance (1858).

[2] Consultez à ce sujet les Thèses déjà signalées, et de plus : Vidal, *Thèses de Paris* (1855), et Cornil, *Mémoire sur les coïncidences patho-*

ce qui n'appartient pas à notre sujet, nous retrouverons dans le rhumatisme chronique la plupart des lésions viscérales que nous avons rencontrées dans la forme aiguë.

§ I. — Appareil circulatoire.

A. *Maladies du cœur.*

Il est assez rare de rencontrer des affections cardiaques dans la forme chronique du rhumatisme articulaire [1]; cependant il ne faudrait pas nier l'existence de cette complication d'une manière absolue, comme nous allons le prouver.

Les maladies du cœur peuvent s'associer au rhumatisme chronique dans deux conditions fort différentes. Tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, l'endocardite ou la péricardite se sont développées pendant l'accès aigu qui a précédé le rhumatisme chronique : elles ont alors persisté ou se sont manifestées de nouveau après être restées latentes pendant de longues années; c'est surtout dans les cas d'endocardite qu'il en est ainsi. Tantôt, au contraire, l'arthropathie chronique est primitive, et l'on est alors forcé de reconnaître que l'affection cardiaque s'est développée sous son influence.

Romberg avait déjà signalé en 1846 la coïncidence d'une lésion mitrale avec le rhumatisme chronique [2];

logiques du rhumatisme articulaire chronique (Société de biologie, t. IV, 4e sér., 1865, p. 5 Mémoires).

[1] Stokes, *Diseases of the heart*, p. 46. Dublin, 1855. — Adams, *A Treatise on rheumatic gout or chronic rheumatic arthritis*. Dublin, 1857.

[2] *Klinische Ergebnisse*, p. 115. Berlin, 1846.

mais chez le malade dont il rapporte l'observation, il y avait eu un rhumatisme articulaire aigu douze ans auparavant. MM. Charcot et Trastour en ont aussi rapporté des exemples dans leurs thèses [1]. Depuis cette époque, l'attention de M. Charcot s'étant portée sur ce point spécial, il a eu l'occasion de rencontrer trois fois des altérations de cette espèce chez des femmes atteintes de rhumatisme articulaire chronique et primitif. Nous allons rapporter ici deux de ces observations.

OBSERVATION IV.

Rhumatisme articulaire chronique, primitif; péricardite et endocardite anciennes. Ramollissement cérébral.

C***, âgée de soixante-trois ans, concierge, est entrée le 12 novembre 1863, à l'infirmerie de la Salpêtrière, dans le service de M. le docteur Charcot.

Cette femme, dont l'intelligence est assez engourdie, était entrée l'année précédente à l'infirmerie, à la suite d'une perte de connaissance complète, avec une hémiplégie à droite. A cette occasion elle a fait un séjour de deux mois à l'infirmerie; l'intelligence était alors beaucoup moins altérée qu'à l'époque actuelle. Elle prétendait n'avoir jamais eu de rhumatisme articulaire aigu, mais elle attribuait la déformation caractéristique qu'elle portait à la main droite à des fraîcheurs, des douleurs contractées dans la loge humide qu'elle avait longtemps habitée.

A la seconde entrée, cette femme présentait des phénomènes cérébraux plus caractérisés que la première fois : l'intelligence et la mémoire étaient fort affaiblies, mais la malade n'était pas aphasique, bien que la parole fût très-embarrassée. Le membre supérieur droit, siége des déformations rhumatismales, continuait à être paralysé.

L'affection cardiaque, qui n'avait pas fixé l'attention à sa première entrée, se révélait cette fois par des accès d'étouffement,

[1] Charcot, *loc. cit.*, p. 57. — Trastour, *loc. cit.*, p. 25.

des palpitations, une impulsion exagérée du cœur, et des irrégularités du pouls : cependant l'auscultation ne révélait aucun bruit anormal.

Après un séjour peu prolongé dans les salles, pendant lequel elle a été soumise au traitement par la digitale, cette femme est rentrée à son dortoir. Depuis cette époque, elle a fait de fréquentes apparitions dans le service, et chaque fois on constatait une aggravation de tous les symptômes, une diminution évidente de forces.

Le 8 mai 1865, elle est entrée pour la dernière fois dans le service : tous les signes de l'affection cardiaque s'étaient aggravés, et il existait de l'albumine dans les urines. La mort a eu lieu le 15 mai.

A l'autopsie, on trouva un ramollissement cérébral qui avait détruit la plupart des circonvolutions du lobe pariétal, tout en respectant celles du lobe antérieur.

Mais c'est l'affection cardiaque qui a surtout attiré l'attention. Il existait une adhérence générale du péricarde au cœur, qui avait atteint d'énormes dimensions : on voyait des végétations en guirlandes sur les valvules sigmoïdes de l'aorte, et sur la valvule mitrale, dont la surface ventriculaire offrait une vascularisation très-remarquable. Cette disposition est représentée dans la planche I, fig. 2.

Il est à noter que les adhérences péricardiques étaient faciles à détacher, et qu'elles appartenaient évidemment à une péricardite assez récente.

Il nous paraît évident, d'après cette intéressante observation, que l'on peut observer soit la péricardite, soit l'endocardite, dans le cours d'un rhumatisme chronique primitif.

L'observation suivante fournit un nouvel exemple de cette lésion, dans un cas d'arthrite sèche.

OBSERVATION V.

Cancer du foie et de l'estomac. Arthrites sèches, et traces d'endocardite ancienne.

B***, actuellement âgée de quatre-vingt-quatre ans, est entrée à la Salpêtrière, comme infirme et faible d'esprit, à l'âge de dix-neuf ans. — Elle a passé dix-sept jours à l'infirmerie, du 23 juillet au 12 août 1865.

Cette femme, à peu près idiote, est incapable de donner aucun renseignement. Elle présente un aspect cachectique, un teint jaunâtre et terreux. Dans ces dernières années, elle a eu des vomissents noirâtres, et des selles mélaniques à plusieurs reprises.

La malade ayant succombé le 12 août, à l'autopsie, on trouva un cancer de l'estomac et du foie. — Il existait des arthrites sèches des épaules, des coudes, des genoux; mais les petites articulations n'étaient point altérées.

Le cœur est volumineux, flasque, surchargé de graisse, ses parois sont minces et friables; il existe, sur les valvules sigmoïdes de l'aorte, des traces évidentes d'endocardite ancienne; les nodules d'Arantius sont le siége principal de cette déformation, que nous avons représentée dans la planche II, fig. 2.

Bien que l'état intellectuel de cette femme n'eût pas permis d'obtenir d'elle des renseignements sur ses antécédents, il est cependant probable qu'elle n'avait jamais eu de rhumatisme articulaire aigu; il est du moins certain que, depuis l'âge de dix-neuf ans, époque de son entrée à la Salpêtrière, rien de semblable n'avait jamais été observé chez elle.

L'observation que nous venons de rapporter est un exemple de péricardite dans le rhumatisme chronique. Cette lésion n'est pas très-exceptionnelle; dans le mémoire de M. Cornil, que nous avons cité plus haut, quatre péricardites, dont deux anciennes et deux ré-

centes, sont indiquées sur un total de neuf autopsies; cette proportion est assez considérable.

En résumé, nous croyons pouvoir affirmer que si les complications cardiaques ne se rencontrent pas habituellement dans cette forme du rhumatisme, elles ne sont cependant pas tout à fait exceptionnelles.

B. *Lésions artérielles.*

On admet généralement que les altérations athéromateuses, si fréquentes chez les vieillards, se rattachent au rhumatisme chronique; mais rien n'est moins démontré. Chez les femmes âgées de la Salpêtrière, les plaques crétacées des artères ne sont pas d'une fréquence exceptionnelle chez les rhumatisantes, et n'offrent pas une plus grande étendue que chez les autres sujets. Au contraire, M. Charcot a le plus souvent constaté l'absence complète de ces lésions chez des femmes également atteintes de rhumatisme chronique, mais dont l'âge était moins avancé. Il est donc fort probable que, sous ce rapport, comme sous beaucoup d'autres, les droits de la goutte ont été usurpés par le rhumatisme.

§ II. — Affections pulmonaires.

Les affections pulmonaires aiguës sont peu fréquentes chez les sujets atteints de rhumatisme chronique. M. le professeur Trousseau en a cependant vu quelques exemples [1].

Mais ici nous devons insister sur un point que nous avons déjà eu l'occasion de signaler : la phthisie se montre souvent dans les cas de rhumatisme chronique, sur-

[1] *Op. cit.*, t. III, p. 345, et Fuller, *Op. cit.*, p. 383.

tout chez les malades qui ne peuvent quitter le lit. M. Charcot, qui possède à cet égard un vaste champ d'observation à la Salpêtrière, a constaté que la majorité de ces femmes sont frappées de tuberculisation, lorsqu'elles ne succombent pas à l'albuminurie [1]. Il est d'ailleurs facile de s'assurer que beaucoup de sujets atteints de rhumatisme chronique portent au cou des cicatrices de scrofule. D'ailleurs Fuller (*loc. cit.*, p. 334) a constaté que le rhumatisme noueux attaque très-souvent les enfants nés de parents tuberculeux ou dont la famille est affligée de ce vice héréditaire. Cette coïncidence a été notée par l'auteur anglais 23 fois sur 119, c'est-à-dire dans un cinquième des cas. Il est donc évident que si le rhumatisme ne prédispose nullement à la phthisie, il n'existe cependant aucun antagonisme entre les deux affections. C'est ainsi que les idées préconçues tombent devant l'observation rigoureuse des faits.

§ III. — **Affections cérébrales.**

M. le docteur Vidal rapporte dans sa thèse un fait qui semblerait plaider en faveur de la coïncidence du rhumatisme cérébral avec le rhumatisme chronique. Mac-Leod [2] et Brodie [3] ont à leur tour signalé des cas analogues. Dans la première édition de son ouvrage, Fuller avait également rapporté plusieurs exemples d'accidents cérébraux liés au rhumatisme chronique. Mais aujourd'hui [4], nous le voyons revenir sur ses idées et reconnaître que

[1] Voyez aussi Trousseau, *loc. cit.*, p. 347.
[2] *Op. cit.*, p. 118.
[3] *On diseases of the joints*, p. 51, 4e édit.
[4] *Op. cit.*, 1re édit., p. 376 ; 2e édit., p. 582.

ces phénomènes pouvaient se rattacher soit à la goutte, soit au rhumatisme articulaire subaigu chez les sujets qu'il avait obesrvés.

Nous ne connaissons aucun exemple de lésions spinales dans le cours du rhumatisme chronique.

§ IV. — Tube digestif.

Des phénomènes de dyspepsie et de gastralgie, des vomissements et d'autres troubles digestifs se manifestent parfois dans le rhumatisme chronique, surtout dans les formes les moins intenses de la maladie articulaire[1].

§ V. — Appareil urinaire.

Nous aurons à signaler : A. les affections des reins, B. les affections de la vessie.

A. *Affections des reins.*

Dans le mémoire de M. Cornil que nous avons rapporté plus haut, nous trouvons d'intéressants renseignements sur ce point (p. 21). MM. Charcot et Cornil ont constaté vingt-huit fois les symptômes d'une affection des reins chez des malades atteints de rhumatisme chronique, et neuf fois ils ont rencontré des lésions des reins à l'autopsie. Depuis cette époque, M. Charcot a observé plusieurs faits de cette espèce. Fuller avait déjà constaté que l'altération granuleuse des reins n'est pas très-rare en pareil cas.

[1] Cornil, *loc. cit.*, p. 21. — Plaisance, *loc. cit.*, p. 18.

Il est donc évident que des affections rénales peuvent se montrer dans le rhumatisme chronique; mais cette coïncidence est bien moins fréquente que dans la goutte chronique; car, dans cette dernière affection, l'albuminurie permanente et l'atrophie du rein sont plutôt la règle que l'exception.

B. *Affections de la vessie.*

M. Cornil (*loc. cit.*), dans ses neuf autopsies, a rencontré quatre fois des altérations de la vessie : trois fois il s'agissait d'une cystite chronique du col; une fois seulement, cette affection était généralisée [1].

§ VI. — Organes génitaux.

Todd, Fuller [2] et la plupart des auteurs anglais ont noté la fréquence des troubles fonctionnels de l'utérus dans l'étiologie du rhumatisme progressif; mais c'est plutôt alors l'utérus qui tient les articulations sous sa dépendance. Aussi voyons-nous ces lésions se développer très-fréquemment à l'époque de la ménopause.

Dans les innombrables observations de cancer utérin qu'il a pu recueillir à la Salpêtrière, M. Charcot a noté deux ou trois fois la coïncidence de cette affection avec le rhumatisme chronique. Il est difficile en pareil cas de savoir laquelle de ces deux maladies s'était développée la première; mais il est certain, du moins, qu'il n'existe aucun antagonisme entre ces deux états pathologiques.

[1] Voyez, à cet égard, Chomel et Requin, *op. cit.*, p. 409.
[2] *Op. cit.*, p. 334.

§ VII. — Migraine.

Nous sortons un instant des limites de notre sujet, pour signaler un fait qui n'avait pas encore été noté : c'est la coïncidence de la migraine avec le rhumatisme articulaire chronique, et cela dans des cas d'une grande intensité, et qui ne laissaient aucun doute sur le type de la maladie. Sur trente femmes interrogées à ce sujet par M. Charcot, douze ont répondu affirmativement, et de manière à ne laisser subsister aucune incertitude sur ce point. Chez plusieurs de ces malades, des accès périodiques et bien caractérisés de migraine se sont produits sous les yeux de cet observateur ; quelques-unes d'entre elles ont signalé la disparition de la migraine à l'époque où se sont montrées les douleurs articulaires.

C'est là un rapprochement avec la goutte, qu'il nous a paru intéressant de signaler.

Dans le rhumatisme partiel (arthrite sèche, *morbus coxœ senilis*) les affections viscérales paraissent être encore plus rares que dans la forme que nous venons d'étudier. Cependant, nous avons vu (obs. V) que l'endocardite peut aussi se montrer chez les sujets atteints de cette maladie. M. Charcot a trouvé une dégénérescence granuleuse des reins, avec albuminurie, chez une femme atteinte de nodosités digitales, et d'une arthrite sèche de l'épaule.

Ce sont d'ailleurs les formes vagues et mal déterminées de cette arthropathie qui paraissent se prêter le

mieux aux affections internes. C'est surtout dans des cas de ce genre qu'on a constaté l'asthme et les autres névroses chroniques, que plusieurs auteurs s'efforcent de rattacher à la diathèse rhumatismale. Nous en rapportons ici deux observations recueillies dans le service de M. Charcot.

OBSERVATION VI.

Asthme avec emphysème. — Arthropathies multiples.

S...., âgée de soixante ans, ancienne blanchisseuse. Salle Saint-Jacques, n° 12, hospice de la Salpêtrière, service de M. le docteur Charcot.

Cette femme a exercé pendant vingt-cinq ans la profession de blanchisseuse; elle passait une bonne partie de la journée sur le bateau-lavoir. Elle a demeuré il y a onze ans, pendant quatre ans, dans un logement très-humide.

L'asthme date de dix ans. Au début, les accès étaient rares et seulement nocturnes. Aujourd'hui ils sont tellement rapprochés, tellement confondus, que la malade passe la plus grande partie de la nuit et du jour assise sur son lit, respirant péniblement.

Actuellement, dyspnée habituelle, râles sifflants qu'on entend à distance. L'auscultation fait reconnaître dans toute l'étendue des deux poumons une grande faiblesse du murmure respiratoire; faiblesse de l'impulsion cardiaque et des bruits du cœur; douleurs vives à la base de la poitrine au niveau du diaphragme. Expectoration peu abondante, aqueuse.

Cette femme assure que ses parents n'ont jamais souffert de douleurs rhumatismales. — Elle-même n'a jamais éprouvé de rhumatisme articulaire aigu généralisé; mais à plusieurs reprises, depuis dix-sept ans, elle a eu des douleurs arthritiques fréquemment accompagnées de gonflement des jointures. — Les articulations principalement affectées ont été les genoux, les épaules et la jointure métacarpo-phalangienne de l'index droit.— Ces articulations ont été plusieurs fois tuméfiées, mais elle ne présentent pas de déformations. Les genoux toutefois sont le siége de craquements

très-manifestes, indiquant évidemment une altération déjà profonde des cartilages diarthrodiaux.

Aujourd'hui le genou gauche est surtout le siége des fluxions articulaires.

Le 3 décembre 1864, on constate que le genou gauche est le siége de craquements qu'on entend à distance quand la malade le meut. Les coudes et l'articulation métarcapo-phalangienne de l'indicateur droit sont douloureux, mais sans rougeur et sans gonflement. — La malade assure qu'elle est sujette à éprouver de pareils accès; ainsi, au mois d'août dernier, elle est pendant quinze jours restée confinée au lit, à cause de douleurs siégeant dans le même genou gauche. — Ces douleurs habituellement, dit la malade, persistent pendant quelques jours sans qu'il y ait gonflement; après quoi il survient de la tuméfaction.

Il se produit quelquefois des accès douloureux plus fugaces encore et qui durent à peine un jour ou deux, dans les mêmes jointures. La malade assure que le sentiment d'oppression diminue toujours très-manifestement lorsque les jointures sont prises.

Les articulations sont le siége principal des douleurs fugaces; mais celles-ci se répandent très-fréquemment toutefois sur le trajet des membres où elles s'accompagnent d'un sentiment de crampes.

Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine. Il n'y a jamais eu de gravelle. Les jointures des mains ne présentent aucune trace de déformation.

OBSERVATION VII.

Asthme avec emphysème. —Arthropathies multiples.

L....., âgée de soixante-six ans, salle Saint-Alexandre, n° 2, hospice de la Salpêtrière, service de M. le docteur Charcot.

A l'âge de dix ans, cette femme a habité pendant plusieurs années un logement très-humide ; ses parents, son frère et elle-même enfin ont été pris pendant ce séjour de douleurs articulaires. Chez elle l'affection paraît avoir revêtu la forme du rhumatisme articulaire aigu, ou subaigu ; car la malade se rappelle qu'elle est restée au lit pendant six semaines, et que deux mois après

s'être levée elle ne pouvait marcher sans béquilles. Depuis cette époque, il y a eu de temps à autre du lumbago et des douleurs articulaires vagues et fugaces, siégeant tantôt en un point, tantôt en un autre. A l'âge de quarante ans, le coude gauche est resté rouge, tuméfié pendant douze ou quinze jours environ, et un nouvel accès du même genre s'est reproduit il y a quatre ans environ. — La ménopause a eu lieu à l'âge de cinquante-cinq ans ; c'est peu de temps après cette époque que l'oppression a commencé à paraître. L..... est une femme grasse, vigoureuse, assez bien conservée.

Au début de l'affection pulmonaire, elle est restée deux mois environ sans pouvoir se coucher dans son lit. Les accès, toujours très-longs, ont été d'abord assez éloignés les uns des autres, puis ils se sont rapprochés tellement, qu'aujourd'hui, depuis trois ans environ, l'oppression est à peu près permanente. La malade passe une partie de la nuit et toute la journée assise sur son lit, faisant par moments des efforts inouïs pour respirer. L'oppression augmente quand la malade marche. Expectoration à peu près nulle. Depuis que l'affection thoracique est aussi intense et aussi continue, les douleurs articulaires sont beaucoup plus vagues, plus fugaces ; il n'en est pas de même du lumbago, qui se montre encore très fréquent et très-intense ; jamais les douleurs articulaires ne s'accompagnent de gonflement. Il n'existe pas de déformation des jointures, pas de gonflement des phalangettes ; toutefois, en faisant mouvoir rapidement les surfaces articulaires des genoux, il se produit des craquements très-appréciables.

On remarque en outre à la partie antérieure du genou droit, immédiatement au dessous de la rotule, une plaque arrondie, à rebords inégaux, de consistance osseuse, et qui paraît logée dans l'épaisseur du tendon rotulien.

Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine ; elles sont claires et transparentes, et très-souvent il y a des accès de dysurie où tout à coup les urines sont rendues avec abondance. Jamais il n'a été rendu de graviers, et jamais le pouce de l'un ou de l'autre pied n'a été le siége de douleurs arthritiques.

Il n'y a jamais eu d'affections de la peau, mais il y a eu fréquemment des coliques hépatiques, suivies d'ictère. La poitrine est globuleuse, le cou enfoncé dans les épaules, les yeux très-saillants, la face légèrement plombée. Le murmure respiratoire, se

perçoit partout très-difficilement à l'auscultation. Il y a des râles ronflants et sibilants qui semblent profonds. Les battements du cœur sont sourds, éloignés, à peine sensibles à l'oreille.

Nous croyons avoir suffisamment démontré que le rhumatisme articulaire chronique peut exercer sur les affections viscérales une influence moins intense, il est vrai, que celle du rhumatisme aigu, mais qui n'en est pas moins réelle. Au reste, cette question a été si peu étudiée jusqu'ici, que nous sommes heureux de pouvoir la signaler à l'attention des observateurs.

Le traitement des maladies internes développées au cours d'un rhumatisme chronique ne se prête à aucune considération spéciale; l'étiologie de l'affection ne fournit ici aucune indication thérapeutique bien positive.

CHAPITRE III.

Des affections viscérales qui se rattachent au rhumatisme musculaire.

Nous allons aborder maintenant la partie la plus difficile et la moins satisfaisante de notre sujet. Nous avons parcouru, dans les chapitres précédents, la série des affections internes qui se relient au rhumatisme articulaire soit aigu, soit chronique. Il nous reste à examiner les manifestations viscérales qui accompagnent quelquefois le rhumatisme musculaire en général ; nous devrons étudier aussi le rhumatisme qui peut atteindre les muscles intérieurs eux-mêmes, tels que le diaphragme, le pharynx, et l'œsophage.

Mais il est une question délicate que nous sommes obligé de soulever avant d'entamer cette étude. Nous avons eu jusqu'ici pour critérium les phénomènes articulaires, et nous nous sommes en général fondé, pour admettre la nature rhumatismale d'une maladie, sur l'existence d'un gonflement douloureux des jointures, avant, pendant, ou après les accidents viscéraux. Quelquefois cependant, quand notre pierre de touche nous faisait défaut, nous avons cru pouvoir trancher la question en faveur du rhumatisme. C'est que la coïncidence entre les arthropathies et les manifestations viscérales se présente avec une telle fréquence, et avec des caractères tellement évidents, qu'il devient parfois possible de fixer les symptômes qui permettront de reconnaître la

maladie interne, quand la lésion extérieure fera défaut. Nous n'avons d'ailleurs usé de ce procédé qu'avec la plus grande réserve.

Il en est tout autrement lorsqu'il s'agit du rhumatisme musculaire. Ici, les manifestations viscérales sont peu fréquentes et mal connues, et s'il faut le dire, la lumière n'est pas encore faite à cet égard. Cherchons donc, avant d'avancer plus loin, quels sont les phénomènes extérieurs qui nous permettront de soupçonner, ou d'affirmer la nature rhumatismale de ces accidents.

Remarquons tout d'abord que la division du rhumatisme donnée par les auteurs, et à laquelle nous nous sommes conformé, n'est pas toujours tranchée au lit du malade; que les rhumatismes articulaires et musculaires sont souvent associés.

Ainsi Stoll, en plusieurs endroits, signale la coexistence des douleurs musculaires et des douleurs articulaires comme un phénomène commun dans certaines constitutions médicales.

Sydenham appelle l'attention sur les douleurs musculaires dans le rhumatisme articulaire chronique. Cullen pensait « que l'affection des fibres contractiles donne lieu aux douleurs de s'étendre d'une articulation à l'autre, suivant la direction des muscles[1]. » Plus récemment, Chomel a insisté sur cette simultanéité et l'a démontrée par un certain nombre d'observations. Et cependant nous voyons aujourd'hui l'opinion contraire soutenue avec une grande autorité; le rhumatisme ar-

[1] *Eléments de médecine pratique*, trad. Bosquillon, t. I, chap. XII, p. 307.

ticulaire est considéré comme une affection essentiellement distincte du rhumatisme musculaire.

Celui-ci, d'ailleurs, peut se montrer seul. « Il ouvre la scène et l'occupe seul jusqu'à la fin, » dit M. Monneret[1]. La douleur étant alors le seul symptôme, c'est là qu'il nous faut chercher des éléments de diagnostic.

Il n'est pas impossible de les trouver. Les douleurs arrivent à l'occasion du froid, quelquefois subitement, quelquefois au bout d'un certain temps. Elles n'augmentent pas par la pression ; les téguments à ce niveau ne sont point altérés. Elles ne se font pas sentir lorsque le sujet reste tout à fait en repos ; mais elles s'éveillent avec une intensité extrême à la moindre contraction du muscle rhumatisé. Elles succèdent souvent à une douleur dans une autre partie du corps, à une angine, à une bronchite, à un catarrhe intestinal ; d'autres fois c'est l'inverse qui a lieu : elles disparaissent spontanément. Ces caractères appartiennent surtout au rhumatisme aigu localisé, ou bien au paroxysme du rhumatisme chronique. Dans ce dernier, les douleurs sont moins fortes, mais plus mobiles ; elles sont vagues, erratiques et obéissent aux variations barométriques.

Certes, ces caractères ne sont pas absolus. Les douleurs rhumatismales chroniques surtout peuvent se confondre avec cette série de douleurs que Sauvages a appelées pour cette raison *Rhumatismus scorbuticus*, *Rh. hystericus*, *Rh. metallicus*, *Rh. dorsalis*, *Rh*, *fugax*, et auxquelles nous ajouterons les douleurs de la syphilis, de l'irritation spinale, de l'hypochondrie, ainsi que les

[1] *Traité élémentaire de pathologie interne*, t. II, p. 451.

névralgies. Mais, à leur tour, les caractères de l'arthrite rhumatismale n'ont pas une valeur absolue : nous l'avons bien prouvé.

Il est des cas de rhumatisme viscéral fruste, pour nous servir d'un mot heureusement employé par M. Trousseau dans une autre circonstance, c'est-à-dire dans lesquels le rhumatisme articulaire et le rhumatisme des muscles extérieurs font également défaut.

Or, si les partisans de la diathèse rhumatismale acceptent d'emblée la liaison des affections viscérales avec les manifestations articulaires et musculaires lorsqu'elles existent ; s'ils acceptent encore la nature rhumatismale d'un certain nombre de phénomènes viscéraux lorsqu'ils se balancent avec des douleurs musculaires ou coexistent avec elles, ils hésitent eux-mêmes et se partagent sur la nature de ces maladies internes, alors que les phénomènes externes font entièrement défaut, aussi bien du côté des muscles que du côté des articulations. Quelques cas sont assez simples pour trancher la difficulté. Ainsi une douleur au niveau des insertions du diaphragme, survenant sous l'influence du froid, chez un sujet en pleine santé, s'accroissant par les mouvements et disparaissant subitement au bout de peu de temps, rappelle bien le caractère du lumbago rhumatismal. Mais qu'un sujet s'expose au froid et soit pris subitement de coliques dont rien ne rend compte, qui s'accompagnent ou non de selles liquides, durent peu et disparaissent comme elles sont venues, pourra-t-on dire qu'il s'agit d'un rhumatisme viscéral, et saura-t-on au juste s'il porte sur les muscles ou la muqueuse de l'intestin ?

Mais de ce que le problème est obscur, il n'en résulte pas qu'on doive l'éluder, pour ne s'occuper que des cas les plus faciles.

Ces difficultés signalées, entrons résolûment dans cette voie ardue.

I. *Manifestations viscérales se rattachant au rhumatisme des muscles de la vie de relation.*

De l'alternance et de la simultanéité dont nous parlions tout à l'heure, entre le rhumatisme articulaire et le rhumatisme musculaire, il résulte que dans bon nombre de cas de celui-ci on pourra rencontrer les diverses complications cardiaques, pulmonaires et cérébro-spinales dont nous avons précédemment parlé.

En dehors de ces cas particuliers, le rhumatisme musculaire, qu'il se présente sous forme de douleurs légères et erratiques, ou d'accès de myodynie localisés pendant plus ou moins de temps, est exempt d'endocardite, d'arachnoïdite, etc. Nous n'en connaissons guère d'exemples publiés jusqu'à ce jour[1].

Un sujet n'ayant jamais eu de manifestations rhumatismales vers les jointures, peut certainement présenter un bruit de souffle cardiaque de cause organique, et avoir en même temps un lumbago ou un rhumatisme de l'épaule. Mais ce sont des effets différents de maladies différentes, dont la rencontre est fortuite.

Les complications viscérales vraiment dignes d'intérêt,

[1] M. Pleischl a observé dernièrement un cas de péricardite dans le rhumatisme musculaire. (*OEsterreichische Zeitschrift für practische Heilkunde.* Wien, 27 juin 1856.)

dans cette forme du rhumatisme, portent sur le système muqueux, les nerfs et les centres nerveux. Le premier ordre appartient plutôt à la forme aiguë, le dernier à la forme chronique.

Ainsi un lumbago aigu, un rhumatisme des parois abdominales est souvent précédé ou suivi d'une angine, d'une trachéite ou d'une entérite catarrhale.

« La complication par une névralgie n'est pas rare, dit Valleix; le rhumatisme musculaire peut se transformer en névralgie proprement dite, et chez quelques sujets on voit alterner fréquemment ces deux maladies[1]. » Certaines paralysies partielles, notamment l'hémiplégie faciale, s'expliqueraient par une action analogue. Qu'on n'oublie pas toutefois qu'en atteignant directement le tissu musculaire, le rhumatisme à la longue y détermine souvent l'atrophie, la dégénérescence graisseuse, et par suite une paralysie d'un autre genre.

La moelle et ses enveloppes peuvent quelquefois se trouver en cause dans le rhumatisme musculaire. Mais comment distinguer alors les douleurs propres à l'affection spéciale, de celles qui sont occasionnées par le rhumatisme? Ces phénomènes sont trop souvent des prodromes de l'affection spinale, ils simulent trop bien la marche du rhumatisme, pour qu'il soit possible, dans beaucoup de cas, de savoir à laquelle des deux affections on peut avoir affaire. Ici, la filiation des accidents nous paraît impossible à suivre.

[1] *Guide du médecin praticien*, t. V, p. 114, 2e édit.; Paris, 1851.

II. *Rhumatisme des muscles internes.*

Il nous reste à parler du rhumatisme des muscles internes, et, en même temps, du rhumatisme de quelques muqueuses, avec lequel il s'associe fréquemment. Aucun des muscles extérieurs n'échappe à l'influence du rhumatisme ; ils sont plus fréquemment atteints que les jointures elles-mêmes ; il est donc à présumer que les muscles intérieurs n'échappent pas davantage à cette influence. Mais, outre qu'ils ne se présentent pas en masse considérable, ceux-ci sont mieux garantis contre l'influence du froid. D'autre part, les muscles extérieurs étant faciles à explorer, les douleurs dont ils sont le siége n'échappent pas à l'observation, tandis que celles qui atteignent les muscles viscéraux se confondent aisément avec les douleurs diverses dont les organes voisins peuvent être le siége, et sont par conséquent peu étudiées.

Nous devons agiter ici une dernière question. Le rhumatisme musculaire peut-il se terminer par suppuration, et par conséquent donner lieu à une diathèse purulente, c'est-à-dire à des accidents viscéraux qu'on pourrait, à un moment donné, prendre pour du rhumatisme? Gasc, Villermé, Bouillaud, Chrestien, en ont cité des exemples dont la plupart ne nous paraissent pas acceptables. Chomel en rapporte également deux faits empruntés à Latour (d'Orléans) et à Pinel, sans en accepter le diagnostic. Ne voulant pas nous étendre sur ce point, nous dirons, avec Chomel et Requin [1], que la suppuration soit

[1] *Loc. cit.*, p. 331.

des muscles, soit des espaces inter-musculaires dans le rhumatisme, est encore à démontrer.

Nous allons maintenant étudier successivement chacune des manifestations viscérales du rhumatisme musculaire. Nous aurons à examiner : A. le rhumatisme utérin ; B. le rhumatisme de l'estomac, ou gastralgie rhumatismale ; C. le rhumatisme œsophagien ; D. le rhumatisme lingual ; E. le rhumatisme du pharynx ; F. le rhumatisme du diaphragme.

Nous avons déjà eu l'occasion de décrire le rhumatisme du cœur, de l'intestin et de la vessie, qui ne devront pas par conséquent nous occuper ici.

A. *Rhumatisme de l'utérus.*

Alphonse Leroy [1] et Chambon du Montaux [2], sont les premiers, d'après Dézeimeris, qui aient fait mention du rhumatisme de l'utérus. Mais J.-H. Wigand [3], accoucheur à Hambourg, en a tracé la première description; Schmidtmüller [4], Carus [5], A.-E. Siebold [6], Velten [7], Haase [8], Betschler [9], Busch [10], en firent connaître bon nombre d'ob-

[1] *Recherches et observations sur l'opération de la symphyséotomie.* Paris, 1780.

[2] *Traité des maladies des femmes.*

[3] *Etudes diverses* de 1803 à 1820. Berlin.

[4] *Handbuch des medicinischen Geburtshülfe.* Francfort-sur-le-Mein, 1809.

[5] *Dissertatio de uteri rhumatismo.* Leipsig, 1811.

[6] *Lucina*, t. III et IV. 1809.

[7] In *Rust's Magazin.* Berlin, 1823.

[8] Dresde, 1829 et 1830.

[9] *Annalen der Klinischen Anstalten*, etc. Breslau, 1832.

[10] *Die Geburtshülfe Klinik*, etc. 1837.

servations. C'est alors, en 1839, que Dézeimeris fit, dans le journal *l'Expérience,* une analyse critique de leurs travaux. Un peu avant lui, Salathé venait de faire paraître une dissertation excellente dans laquelle il reproduisait plusieurs observations de Rodamel [1], et quelques-unes qui lui étaient personnelles, et exposait les idées de son maître Stoltz, professeur à Strasbourg. Quelques mois après, dans le même journal, Luroth en publia un nouveau cas et Gigon se livra à quelques réflexions sur ce sujet. En 1858 enfin, M. Gautier (de Genève) publia un mémoire important sur le rhumatisme de l'utérus envisagé spécialement pendant la grossesse et l'accouchement. La plupart de nos traités généraux de pathologie et de nos traités d'accouchement ont, depuis Dézeimeris, consacré un article à cette affection.

Il nous suffira donc de donner un court résumé de l'histoire de cette affection. Et d'abord existe-t-elle, ou du moins, mérite-t-elle le nom qu'on lui a donné?

Pour notre part, nous n'en sommes pas convaincu. « Quelquefois, dit Wigand, avec l'affection rhumatismale de la matrice, coexiste une affection générale de même nature; mais dans le plus grand nombre des cas, l'utérus seul, ses dépendances et les organes qui l'enveloppent sont rhumatisés. » Dans l'une des observations de Siebold, on voit la douleur alterner avec d'autres douleurs tantôt dans les membres supérieurs, tantôt dans les membres inférieurs. Velten, pour établir la nature rhumatismale de la douleur utérine qu'il observait, fait valoir surtout la constitution catarrho-rhumatismale qui

[1] *Traité du rhumatisme chronique.* Paris, 1808.

régnait alors. Dans deux des observations de Rodamel, la malade est sujette à des douleurs rhumatismales; sous l'influence du froid, la douleur alors fixée sur la cuisse, dit-il, ou sur le genou, disparaît pour se déclarer dans l'utérus et ses annexes, et plus tard revient à sa place première. Dans une troisième observation du même genre, la dame est âgée de soixante-trois ans; la douleur du petit doigt de la main gauche se transporte sur le pied, vient à la main droite, retourne aux jambes, se jette sur les lombes, l'épaule, et arrive enfin à l'utérus; après guérison sur ce point, elle reparaît aux lombes.

On se demande si l'imagination n'est pas intervenue dans ces récits. Dans ce dernier cas, ce pourrait être de la goutte; dans les deux cas précédents, il pouvait s'agir de ces irritations réflexes sur lesquelles insiste Churchill [1] dans les affections utérines, et parmi lesquelles il indique la douleur du genou et du pied.

Les symptômes plaident-ils davantage en faveur du mot rhumatisme? Nous le croyons; cependant les névralgies de l'utérus et surtout l'utérus irritable que décrit Churchill [2], et que le docteur Gooch a défini : « un état douloureux de l'utérus sans apparence de lésion, et sans qu'il paraisse y avoir aucune tendance à ce qu'il s'en développe ultérieurement, » réunissent la plupart des mêmes caractères. A cet égard, M. Gautier de Genève est très-absolu : « La maladie, dit-il, décrite sous le nom d'utérus irritable, d'hystéralgie, de névralgie utérine, etc., est de même nature et offre les mêmes symp-

[1] *Traité des maladies des femmes*, trad. Wieland et Dubriset, 2e part., sect. II, chap. VII.

[2] *Loc. cit.*, chap. IX.

tômes que celle qui a été désignée par quelques auteurs sous le nom de rhumatisme de l'utérus à l'état de vacuité. Les affections décrites sous le nom d'éréthisme, d'hyperesthésie, de convulsibilité, de trismus, de tétanos, de contractions spasmodiques, etc., de la matrice, sont toutes, lorsqu'elles sont primitives, de simples variétés du rhumatisme de l'utérus. » Mais, ajoute-t-il, « comme la maladie dont nous parlons présente tous les caractères fondamentaux du rhumatisme musculaire, nous proposons de lui conserver le nom de rhumatisme de l'utérus. »

Quoi qu'il en soit, voici en peu de mots l'histoire de cette affection. La maladie se présente dans l'état de vacuité de l'utérus, lorsqu'il renferme le produit de la conception, au moment de l'accouchement, et à la suite des couches. Elle se borne à un symptôme fondamental : la douleur. Celle-ci est souvent limitée à une partie de l'utérus, se déplace alors d'une de ses parties à l'autre. Elle est plus pénible et s'irradie davantage lorsque l'utérus est rempli. Ces irradiations se font vers la vessie et occasionnent des émissions d'urine fréquentes et douloureuses, — vers l'ombilic et l'intestin, et donnent lieu à des coliques et des selles, — et dans les cuisses. L'utérus est alors en entier d'une sensibilité extrême, notamment le col au toucher. Ces douleurs offrent des exacerbations plus ou moins fréquentes, qui font croire pendant la grossesse à un accouchement prochain, et n'amènent aucune dilatation du col. Néanmoins, si elles durent longtemps, elles finissent par amener un avortement ou un accouchement long et pénible.

« Plusieurs caractères, dit Cazeaux, distinguent la

contraction utérine dans le rhumatisme, de la contraction normale : 1° la contraction est douloureuse dès son début, ce qui montre qu'elle est due, non pas à la dilatation du col, mais à l'état du muscle utérin lui-même ; 2° la douleur, au lieu de commencer par le fond de l'utérus pour se propager vers le col, commence par la partie malade et se propage irrégulièrement ; 3° la douleur empêche la contraction des muscles abdominaux [1].

Cette affection, peu dangereuse pour la mère en l'absence de complications, est une cause de mort quelquefois pour le fœtus. Elle est sujette à récidiver à chaque grossesse.

Les dérivatifs vers la peau ont été recommandés lorsque l'utérus est vide ; l'opium, les antispasmodiques, les bains émollients pendant la grossesse ; les inhalations de chloroforme (M. Gautier de Genève) pendant le travail.

En somme, les symptômes ci-dessus sont bien ceux de la douleur musculaire rhumatismale, et s'il est des cas parmi ceux que l'on a englobés sous le titre de rhumatisme de l'utérus, qui soient des névroses, il en est aussi vraisemblablement qui sont bien dénommés.

B. *Rhumatisme de l'estomac.*

« L'observation journalière, écrit Stoll, nous apprend qu'il existe des rhumatismes gastriques. » Mais rien dans les pages qui suivent n'appuie sérieusement cette assertion. Rodamel donne plusieurs observations qu'il intitule : *Rhumatismes de l'estomac*, et Ferrus en trace la

[1] *Tr. des accouchements*, p. 782, 6e édit.

description dans le Dictionnaire en 30 vol., art. *Rhumatisme*. « Il semble, dit ce dernier, se développer de préférence chez les femmes. Lorsque cette affection se porte pour la première fois sur cet organe, il n'est pas rare de voir survenir des accidents alarmants, tels que douleurs très-vives à l'épigastre, nausées, vomissements, anxiété considérable avec un sentiment de constriction que les malades comparent au resserrement que causerait une main de fer. Ces accidents ne sont qu'exceptionnellement accompagnés de fièvre. » Nous ne trouvons pas dans cette description les éléments nécessaires pour caractériser le rhumatisme. Un accès de gastralgie chez un goutteux, spontané ou consécutif à la disparition de la goutte articulaire, se présente souvent avec cette même physionomie. Au reste, les affections de l'estomac, si fréquentes dans la goutte, le deviennent de moins en moins dans le rhumatisme, à mesure qu'on distingue mieux ces deux affections.

C'est dans les travaux destinés à établir l'efficacité de certaines eaux minérales, qu'il est le plus souvent question de cette maladie, c'est-à-dire de douleurs vagues qui, après avoir voyagé en diverses parties du corps, viennent se fixer définitivement sur l'estomac. Mais ces observations données en quelques lignes ne suffisent guère à entraîner la conviction. Les douleurs liées par exemple à une constitution nerveuse, à l'hypocondrie, à la chlorose, à l'herpétisme, se comportent souvent de même.

Sans donc nier la gastralgie rhumatismale, nous pensons qu'elle est encore à démontrer.

C. *Rhumatisme œsophagien.*

Villeneuve en cite un exemple qu'il emprunte au *Journal général de médecine*, t. III. « Il s'agit d'un médecin affecté depuis plusieurs années de douleurs rhumatismales qui avaient parcouru à différentes reprises diverses régions. Depuis trois jours, la douleur s'était fixée sur les muscles de la poitrine, quand le malade éprouva subitement un sentiment de constriction très-pénible dans la région œsophagienne, constriction telle, que la déglutition devint très-difficile. Cette douleur et cette gêne de la déglutition disparurent avec la douleur pectorale quelques jours après[1]. »

M. le professeur Monneret en admet l'existence, et en résume ainsi les caractères : « Douleur très-vive qui se manifeste dans le conduit musculeux lorsqu'il est parcouru par les aliments, par les boissons froides. Tout rentre dans l'ordre par le repos[2]. »

D. *Rhumatisme de la langue.*

L'identité de nature des muscles de la langue et des muscles de la vie de relation, sa situation qui l'expose à la rigueur, à l'influence du froid, permettent d'accepter cette localisation. Les observations publiées cependant en sont rares.

Morgagni, dans sa cinquante-cinquième lettre, en donne un exemple. Les douleurs occupaient une grande

[1] *Dict. en* 30, art. RHUMAT., p. 588.
[2] *Tr. élément. de path. int.*, t. II, p. 445.

partie du corps et, en outre, la langue et l'arrière-gorge. Chomel en donne une seconde observation. Dans le cours d'un rhumatisme polyarticulaire, une douleur s'est fixée pendant vingt-quatre heures sur la langue. « Si la malade parle, si elle veut remuer la langue, elle sent à la face inférieure de cet organe une douleur assez vive qui se prolonge jusque dans le pharynx et qui augmente considérablement par la déglutition[1]. » Ce sont bien les caractères du rhumatisme musculaire, et l'existence simultanée d'arthrites confirme le diagnostic. La douleur n'occupait qu'un côté de la langue, dans un cas cité par Valleix[2].

E. *Rhumatisme du pharynx.*

Il n'est pas moins certain que le précédent, et peut se montrer soit dans le cours d'un rhumatisme articulaire ou d'un rhumatisme musculaire du tronc ou des membres, soit isolément. Dans les cas que nous venons de citer, il accompagnait le rhumatisme de la langue. Dans deux autres cas, cités par Chomel, il était borné au pharynx. La douleur n'est appréciable que lorsque les muscles sont en jeu, c'est-à-dire lorsque le malade veut avaler, et surtout pendant les premières bouchées. Cette action du rhumatisme sur la couche musculeuse du pharynx ne peut-elle aller jusqu'à produire la paralysie, ainsi que cela se voit, dit-on, pour les muscles des membres et ainsi que M. Fernet l'a observé pour le diaphragme ?

[1] T. II, p. 180, obs. CLXXX.
[2] *Manuel du méd. prat.*

F. *Rhumatisme du diaphragme.*

C'est le plus généralement accepté parmi les rhumatismes portant sur les muscles internes. Comme la langue et la partie supérieure du pharynx, le diaphragme appartient aux muscles de la vie de relation, évidemment beaucoup plus souvent atteints par le rhumatisme que les muscles de la vie organique. Il est indiqué par Sauvages sous le nom de paraphrénésie. Ferrus, Chomel et Requin, le *Compendium* en ont tracé la description. M. Chennevier en a donné trois observations très-remarquables dans la *Gazette des Hôpitaux* de 1858, suivies de réflexions.

Le rhumatisme du diaphragme, ou diaphragmalgie, ou diaphragmodynie, pour employer des expressions déjà usitées, se présente généralement dans les conditions et avec les symptômes qui suivent.

Le sujet, après s'être exposé, la veille ou le jour même, au froid, est pris subitement, comme dans l'angine de poitrine, d'une constriction violente à la base du thorax qui l'étouffe et l'oblige à s'arrêter. D'autres fois, cette douleur vient progressivement ou est précédée d'un lombago, d'une pleurodynie, d'une douleur dans l'épaule. Quel que soit son début, elle forme comme une ceinture occupant les attaches du diaphragme, ainsi que Roche a pu s'en assurer sur lui-même. Elle s'accroît par les mouvements du tronc et de l'inspiration, et n'est pas augmentée par la pression de la main à son niveau. La respiration costale inférieure et diaphragmatique est

suspendue, en sorte que le ventre demeure immobile, tandis que les côtes supérieures sont seules en action. Les inspirations sont profondes et incomplètes, la parole est saccadée, la physionomie anxieuse. Souvent, il survient un hoquet spécial, incomplet aussi, qui fatigue beaucoup le patient et que J. Franck a désigné sous le nom de *hoquet rhumatismal*[1].

Quelques autres symptômes ont été notés : «Le passage des aliments dans l'œsophage au niveau de l'orifice diaphragmatique est extrêmement douloureux et même impossible et les aliments sont alors rejetés par le vomissement[2].» La douleur s'irradie quelquefois vers l'ombilic, et dans un cas s'étendait jusqu'aux épaules. On a signalé l'existence d'un rire sardonique. Le docteur Fernet dit avoir vu un cas compliqué de paralysie marquée surtout du côté droit ; l'hypochondre se déprimait pendant l'inspiration, au lieu de faire saillie comme du côté gauche[3].

Il n'y a pas de fièvre. Dans une observation de Postel[4] la douleur avait été précédée et s'accompagnait d'embarras gastrique apyrétique. — Si l'on ausculte le sujet, on trouve une légère diminution du murmure vésiculaire.

Cet état dure quelques heures pour disparaître complétement, ou diminue d'intensité pour durer quelques jours. Dans une observation de Chomel le sujet eut, en moins de trois semaines, trois attaques semblables.

[1] *Tr. de path. int.*, t. IV, p. 584. Trad. Bayle.
[2] Ferrus, *loc. cit.*
[3] *Thèse du doct.*, p. 55.
[4] *Gaz. hôp.*, 1862.

Le rhumatisme aigu du diaphragme (car la forme chronique n'a pas été notée) pourrait de prime abord être confondu avec une angine de poitrine, un accès d'asthme, une péricardite commençante, une pleurésie diaphragmatique, une névralgie intercostale. Le siége de la douleur au niveau des insertions du diaphragme, les signes négatifs tirés de l'auscultation, l'absence de fièvre, l'immobilité du ventre et des côtes inférieures feront les frais du diagnostic.

Ses causes sont l'action du froid ou la disparition subite d'un lumbago ou de quelque autre douleur rhumatismale. Il n'a pas été observé, à notre connaissance, dans le cours d'un rhumatisme articulaire.

La violence effrayante des symptômes pourrait au premier abord faire croire à une grande gravité. Cependant le pronostic en est bénin. Abandonné à lui-même il guérit sûrement; l'intensité de la douleur et la gêne apportée aux mouvements respiratoires exigent cependant qu'on y apporte quelque remède.

Des sinapismes, des ventouses scarifiées appliquées au niveau de la douleur la font disparaître ordinairement. Chomel conseille dans les cas rebelles de chercher à reporter l'action rhumatismale sur les points précédemment atteints, à l'aide de l'eau bouillante, de la pommade ammoniacale ou de l'emplâtre de cantharides.

Terminons en faisant remarquer l'analogie d'allures qu'offrent le rhumatisme du diaphragme et le lumbago rhumatismal; ce dernier cependant est parfois d'une ténacité qui contraste avec le peu de fixité du premier. Il est une autre différence : le lumbago alterne quelquefois avec une angine rhumatismale ou une douleur ar-

ticulaire, tandis que le rhumatisme du diaphragme n'est pas encore survenu dans ces conditions [1].

TRAITEMENT.

Le caractère vague et peu précis du rhumatisme musculaire, envisagé dans ses manifestations viscérales, ne permet guère de formuler des vues d'ensemble par rapport au traitement qui peut leur convenir. Rappelons toutefois que, dans le rhumatisme de l'écorce musculaire du tronc et des membres, nous possédons un certain nombre de modificateurs puissants, qui parviennent à supprimer les douleurs en transformant les dispositions générales de l'organisme. L'hydrothérapie, les bains de mer, les bains de vapeur, les eaux sulfureuses, enfin les précautions hygiéniques qui mettent le malade à l'abri des vicissitudes atmosphériques, sont d'une incontestable utilité dans le traitement des douleurs musculaires externes, et pourront être avantageusement employés dans les cas de rhumatisme viscéral. On doit cependant donner surtout la préférence aux moyens thérapeutiques qui s'adressent à chaque espèce en particulier, et que nous avons signalés à la fin de chaque article.

[1] Consultez, pour de plus amples détails, le travail de Mehliss, *Die Krankheiten des Zwerchfelles des Menschen*, chap. VII. Eisleben, 1845.

CONCLUSIONS.

Parvenu au terme de cette étude, nous éprouvons le besoin de jeter un regard en arrière pour mesurer le chemin que nous venons de parcourir, et rassembler en un seul faisceau les idées éparses dans ce long travail.

Nous avons vu le rhumatisme porter son influence, d'une manière incontestable, sur quelques-uns de nos viscères; nous l'avons vu frapper le cœur, dont les lésions sont le type le plus achevé du rhumatisme viscéral; nous avons vu l'appareil respiratoire et les centres nerveux en subir également les atteintes : ce sont là des faits qui nous paraissent cliniquement démontrés, et placés aujourd'hui hors de toute contestation. Mais, à mesure qu'on s'éloigne de cette triade organique, à mesure qu'on s'éloigne des formes accentuées pour se rapprocher des formes de transition de la maladie, le terrain semble manquer sous les pieds de l'observateur : il ne voit plus les faits qu'à travers un brouillard; il se prend à douter de la nature des accidents qu'il observe, et à chaque pas il se retrouve en face de cette question de plus en plus pressante : *Est-ce la goutte? est-ce le rhumatisme?*

Nous sommes donc involontairement amené à instituer de nouveau ce parallèle, tracé jadis d'une main plus ferme que la nôtre, et qui semble encore prêt à ressusciter tout vivant de nos souvenirs. Cependant, placé à un point de vue tout différent, peut-être aurons-nous des considérations nouvelles à présenter ; pour nous, les manifestations articulaires sont hors de cause, et c'est entre la goutte interne et le rhumatisme viscéral que doit s'établir la comparaison.

Ce n'est plus à la goutte régulière aiguë ou chronique que nous avons affaire en ce moment. Il s'agit de la goutte anomale ou viscérale, dans laquelle nous devons établir deux variétés : il faut distinguer la goutte rétrocédée des affections permanentes qui peuvent en être la conséquence.

I. — Il est incontestable, et tous les auteurs qui se sont occupés de cette maladie l'ont signalé, que la suppression d'un accès de goutte peut amener les accidents les plus graves sur d'autres points de l'économie. Un cas singulier de ce déplacement se produisant sur les articulations a été signalé par Garrod[1]. Chez le malade dont il a rapporté l'histoire, toutes les fois qu'on appliquait un topique astringent sur un ulcère voisin d'une articulation et qui rendait perpétuellement des fragments d'urate de soude, on voyait apparaître les douleurs articulaires de la goutte.

Dans un travail intéressant, Lynch a rassemblé plu-

[1] *Westminster med. Soc.*, *Lancet*, 1850.

sieurs faits où la rétrocession interne de la goutte est démontrée expérimentalement, pour ainsi dire[1]. Il s'agit de ces goutteux qui, suivant une pratique malheureusement trop répandue, plongent le pied dans de l'eau très-froide pour couper court à l'accès. Dans la plupart des cas rapportés par Lynch, la rétrocession s'est faite sur le cerveau et s'est traduite par des phénomènes apoplectiques de courte durée, ou par un délire passager; souvent aussi, le retour spontané ou provoqué de l'arthropathie goutteuse a été suivi de la disparition des accidents cérébraux.

Nous ne voulons pas insister plus longuement sur ce point: nous aimons mieux renvoyer le lecteur aux pages éloquentes que M. le professeur Trousseau a consacrées à cette matière.

Occupons-nous seulement du siége que peuvent affecter ces phénomènes morbides.

L'estomac vient en première ligne, ainsi que l'ont reconnu toutes les autorités classiques[3]. Les affections du système nerveux sont aussi d'une grande fréquence; on a signalé la céphalalgie, le délire, l'apoplexie[4], l'asthme, ou tout au moins la dyspnée violente[5]. Le cœur participe aussi, mais moins souvent[6], à ces troubles

[1] *Dublin Journ.*, 1856.

[2] *Op. cit.*, t. III, p. 335.

[3] Voyez, entre autres, Gairdner, *On gout*, p. 399. London, 1859.

[4] Scudamore, *A treatise on the nature and cure of gout*, 4e édit., 1825, p. 509, 520, etc.

[5] Vigla, *Bull. de la Soc. des hôp.*, t. I, p. 178; 1849.

[6] Consultez Begbie, *Contrib. to practical medicine*, p. 17. Londres,

divers ; on a surtout observé des palpitations passagères, avec une dyspnée parfois intense.

Enfin la mort subite chez les goutteux a été signalée par divers observateurs (Gairdner); mais on n'en a donné jusqu'à présent aucune explication satisfaisante.

Il faut pourtant reconnaître, avec Garrod et M. le professeur Monneret[1], que l'on a considérablement exagéré la fréquence de ces phénomènes; la plupart de ces accidents graves et subits se relient à une affection organique d'ancienne date; et pour ce qui concerne en particulier les accidents cérébraux, il n'est pas rare de voir une hémorrhagie ou un ramollissement terminer brusquement la carrière d'un goutteux. Est-ce là la conséquence de la goutte rétrocédée? Nous savons, au contraire, que ces accidents se rattachent le plus souvent à une dégénérescence athéromateuse des artères, à une altération chronique des reins ou à d'autres lésions organiques d'ancienne date.

II. — Voyons maintenant quelles sont les altérations anatomiques, ou du moins les troubles permanents que peut occasionner la goutte viscérale. Sur ce terrain nous sommes plus à notre aise pour opposer la goutte au rhumatisme et faire le parallèle que nous avions en vue dès le début.

Le cœur peut être affecté chez les goutteux ; mais il résulte de la lecture des observations *authentiques* qui

1862. — Haygarth, *London. med. trans.*, t. IV, 1813. — Alexander, *On gout*, p. 175. London, 1858, et l'ouvrage déjà cité de Gairdner.

[1] Thèse citée, 1851, p. 27.

relient la goutte aux affections cardiaques, que c'est surtout la fibre musculaire qui souffre en pareil cas : la dégénérescence graisseuse, voilà la cardiopathie goutteuse par excellence ; les affections valvulaires, voilà la cardiopathie rhumatismale. Sans doute on peut trouver le cœur graisseux chez certains rhumatisants, mais c'est là une conséquence plus ou moins éloignée de l'endo-péricardite. Sans doute on peut rencontrer des affections valvulaires chez les goutteux, mais ce sont là des faits exceptionnels ; on n'a jamais trouvé d'ailleurs, sur les valvules malades ces dépôts d'urate de soude (Garrod) qui jouent un si grand rôle dans l'arthropathie goutteuse [1].

Tous les accidents qui caractérisent l'état graisseux du cœur peuvent donc se rencontrer chez les goutteux : syncopes, défaillances, palpitations exagérées, ruptures du cœur (Gairdner), intermittences et suppression momentanée du pouls [2] ; quelle différence avec le rhumatisme, soit aigu, soit chronique !

L'altération athéromateuse des artères est une lésion fréquente dans la goutte. Nous avons vu qu'on n'est point autorisé à la ranger au nombre des conséquences du rhumatisme ; c'est là une distinction dont on ne saurait s'exagérer l'importance.

On connaît la fréquence des catarrhes bronchiques

1 Voir Cheyne. *Dublin hosp. reports*, t. II, 1818. — Gairdner, *On gout*, p. 47. *Id.*, 81. — Stokes, trad. Senac, p. 325. — Quain, *On fatty disease of the heart. Med. chir. trans.*, January 1850.

2 Hervez de Chegoin, *Union Médicale*, 1860, n° 30. p. 476.

qui viennent souvent terminer l'existence des vieux goutteux, et qui peuvent se compliquer de pleurésie [1]. Le rhumatisme, au contraire, lorsqu'il affecte les voies respiratoires, ce qui n'a guère lieu dans la forme chronique, détermine de préférence des phlegmasies franchement aiguës ; et ce n'est pas là un des exemples les moins frappants de cette précision qui caractérise habituellement les lésions du rhumatisme, et que M. le docteur Chauffard [2] oppose avec raison au caractère indéterminé de l'affection goutteuse des viscères.

L'angine [3], qui peut alterner avec les accidents locaux de la goutte, semble au contraire établir entre cette affection et le rhumatisme un point de contact qu'il est important de signaler.

Les centres nerveux, comme on l'a vu, peuvent devenir, dans le cours du rhumatisme, le siége d'accidents formidables. Des phénomènes analogues ont été signalés dans la goutte aiguë ou chronique : on peut cependant se demander si beaucoup de ces faits ne se rapportent pas au rhumatisme subaigu [4]. La goutte a des relations intimes avec la folie [5], mais c'est ici une analogie de

[1] Trousseau, *op. cit.,* t. III, p. 338.

[2] Thèse citée, p. 41.

[3] Consultez Ritter, *Canstatt.,* t. IV, p. 169, 1864.— Parry, *Collection*, t. I, p. 246. — Patissier, *Rapport sur les eaux de Vichy*, p. 157, 1840. — Day, *Diseases of advanced life*, p. 317.

[4] On trouve dans les *Commentaires* de Van-Swieten des observations de vertige et d'épilepsie guéris par l'apparition de la goutte, t. IV, p. 292. Consultez aussi Garrod, *op. cit.*, chap. III.

[5] Consulter, à ce sujet, les *Annales medico-pyschologiques*, t. VIII, p. 331. Paris, 1862.

plus avec le rhumatisme et non pas une différence.

Relativement aux affections spinales de la goutte, on peut formuler les mêmes réserves que pour le rhumatisme. Les cas de Graves surtout sont douteux, car il y est question d'altérations profondes de la moelle épinière [1].

L'asthme est au contraire une affection qui alterne habituellement chez certains malades avec les accès de goutte [2]. C'est la toux goutteuse de Musgrave et de Barthez. Nous avons vu au contraire, combien sont exceptionnels les cas où l'asthme paraît se relier d'une manière bien positive au rhumatisme.

Quant à la migraine, elle paraît appartenir à l'une et l'autre de ces deux maladies.

La goutte est à l'estomac ce que le rhumatisme est au cœur. Les dyspepsies habituelles des goutteux sont un fait trop connu, pour qu'il soit nécessaire d'insister sur cette manifestation morbide; et nous nous sommes assez clairement expliqué sur la dyspepsie rhumatismale, pour ne pas revenir sur ce point. Mais nous tenons à rappepeler la fréquence des altérations du foie dans la première de ces deux maladies : signalons la tuméfaction du foie avant chaque accès [3]; les affections chroniques de

[1] Parmi les cas où la goutte paraît avoir été réellement en cause, on peut citer ceux qui ont été rassemblés par R.-B. Todd, *Cyclop. of anat. and physiol.*, t. II, p. 721, et Begbie, *Contrib. to med. sc.*, obs. XIII et XIV.

[2] Graves, trad. Jaccoud, t. II, p. 471, et Patissier, rapport cité, obs. I, et XLIII.

[3] Scudamore et beaucoup d'autres anciens auteurs ont signalé ce fait

ce viscère chez les goutteux, si nettement constatées par les anciens observateurs, et la lithiase biliaire[1]. On sait au contraire combien les affections rhumatismales du foie sont exceptionnelles.

De toutes les complications viscérales de la goutte, la néphrite est peut-être la mieux connue et la plus intéressante ; elle a été entrevue par Bright, et bien étudiée par MM. Rayer, Todd, Garrod, Charcot et Cornil[2]. Cette affection, pour ainsi dire habituelle, au moins à un faible degré, dans tous les cas de goutte un peu invétérée, se distingue par certains caractères cliniques des autres altérations chroniques du rein. De faibles proportions d'albumine se rencontrent dans les urines; l'œdème en général est peu prononcé : en un mot, c'est une des formes les plus lentes et les moins formidables de la néphrite albumineuse. Au point de vue anatomique, elle se caractérise par des dépôts d'urate de soude sous forme de stries, dans les tubes urinifères des pyramides; bientôt après, on voit paraître des altérations parenchymateuses de la substance des reins, qui se terminent par l'atrophie partielle de cet organe[3].

On doit rattacher à l'urémie consécutive à cette altération des reins, ainsi que l'a fait remarquer M. Charcot[4], un grand nombre des accidents comateux ou

On peut aussi consulter, à cet égard, la Thèse de M. Galtier-Boissière p. 41.

[1] Henoch, *Klinik der Unterleibskrankheiten*, p. 170 ; 2e édit.

[2] *Mémoires de la Soc. de biologie*, 1864, p. 141.

[3] Garrod, *op. cit.* — Charcot et Cornil, Mémoire cité, p. 147.

[4] Fournier, *De l'urémie*, Thèse de concours pour l'agrégation, 1863.

épileptiformes, et peut-être aussi de ces dyspepsies, qui ont été considérées comme des manifestations viscérales de la goutte. (Garrod.) On pourrait aussi rattacher à cet ordre de causes, la fréquence relative de l'hémorrhagie cérébrale chez les goutteux[1].

III. — Nous voyons donc que si la goutte et le rhumatisme, au premier abord, semblent offrir une ressemblance frappante, il n'en est plus ainsi lorsqu'on les étudie de près : les différences qui séparent les deux maladies prennent alors le pas sur les analogies. Et cependant, il est impossible de ne point reconnaître une étroite parenté entre ces deux affections parallèles : ce sont deux branches issues du même tronc, suivant l'heureuse expression de M. Pidoux. S'il en était autrement, la question de l'identité aurait-elle si longtemps préoccupé les esprits? Voilà pourquoi, même aujourd'hui, il existe de si profondes dissidences à cet égard dans le monde médical.

Au point de vue pratique, il sera souvent difficile de distinguer les affections viscérales du rhumatisme (surtout dans la forme chronique), de celles qui sont nées sous l'influence de la goutte. On pourra recourir utilement, en pareil cas, au moyen proposé par Garrod. L'acide urique existe dans de fortes proportions dans le sang des goutteux, et se retrouve dans la sérosité des vésicatoires ; un fil plongé dans ce liquide légèrement

[1] Consultez Garrod, *Lancet*, mars 1850. — Traube, *Deutsche Klinik*, 1859, p. 314. — Scudamore, *loc. cit.*, p. 536.

acidulé ne tarde pas à se couvrir de cristaux, dont le microscope reconnaîtra facilement la nature.

Sur plus de quarante rhumatisants, Garrod n'a jamais rencontré ce phénomène, et M. Charcot, qui l'a recherché dans vingt-cinq cas de rhumatisme noueux, est toujours arrivé à un résultat négatif; tandis que chez quatre goutteux, où il a pratiqué cette expérience, l'acide urique s'est montré de la manière la plus évidente.

Est-ce à dire que la présence de l'acide urique dans le sang est la cause première de la goutte? Nous sommes loin de le prétendre; et si nous tenons à constater le fait, c'est en dehors de toute préoccupation théorique. Rappelons-nous d'ailleurs ce qui est arrivé dans des conditions analogues pour le rhumatisme. On a longtemps cherché ce principe insaisissable qui vient empoisonner le sang des rhumatisants, et provoquer sur tant de points divers des manifestations variées. Il y a peu d'années, on croyait presque tenir le secret; rien de plus simple en apparence : d'une part on avait constaté que l'ammoniaque est le principe qui maintient la fibrine en dissolution dans le sang; d'autre part on avait déterminé des affections du cœur, et des douleurs articulaires en injectant dans les veines des chiens de l'acide lactique; on possédait donc la clef de la maladie. L'acide lactique, en neutralisant l'ammoniaque, prédisposait le sang à se coaguler dans les vaisseaux : de là cette surabondance de fibrine; de là ces dépôts plastiques que l'on constate dans le cœur sous l'influence du rhumatisme. On en déduisait l'indication for-

melle de le combattre par les alcalins ; et cette pratique règne encore en Angleterre.

Mais on s'aperçut un jour que l'ammoniaque n'était pas le principe de la fluidité du sang ; et que les affections du cœur étaient, dans l'espèce canine, une des lésions les plus ordinaires. Les désordres constatés par les expérimentateurs avaient donc existé longtemps avant l'expérience ; et après avoir parcouru un cercle vicieux, on se trouvait ramené au point de départ.

Pour nous, plus modeste dans nos aspirations, nous attendrons patiemment pour formuler la définition générale du rhumatisme, que la science se soit prononcée à cet égard ; il nous suffira, pour le moment, d'enregistrer les faits. Ne voyons-nous pas chaque jour les théories s'évanouir et les doctrines se transformer, tandis que les faits restent éternellement vrais ? Persévérons donc dans la voie lente et laborieuse, mais toujours si féconde de l'observation clinique ; heureux si, dans le cours de nos études, il nous est donné d'apporter quelques matériaux à ce vaste édifice de la nosographie scientifique, qui ne pourra s'achever que par les efforts de plusieurs générations successives.

FIN.

EXPLICATION DES PLANCHES.

PLANCHE I.

Fig. 1. Vascularisation des valvules sigmoïdes de l'aorte, dans un cas d'endocardite rhumatismale aiguë (voir obs. I, p. 29).

Fig. 2. Vascularisation de la valvule mitrale, dans un cas d'endocardite liée au rhumatisme articulaire chronique (voir obs. IV, p. 121).

PLANCHE II.

Fig. 1. Végétations en guirlandes sur les valvules sigmoïdes de l'aorte, dans un cas d'endocardite rhumatismale (voir p. 25).

Fig. 2. Végétations crétacées au niveau des nodules d'Arantius, dans un cas d'arthrite sèche (voir obs. V, p. 123).

Fig. 3. Infarctus du rein, dans un cas de rhumatisme articulaire aigu avec endocardite (voir p. 45).

TABLE DES MATIÈRES.

FIN DE LA TABLE DES MATIERES.

Paris. — Typographie HENNUYER ET FILS, rue du Boulevard, 7.

ɪrme méningitique.

ɪ	ÉTAT DES JOINTURES.	ÉTAT DU COEUR et DES VISCÈRES.	OBSERVATIONS PARTICULIÈRES.
1. BU *On d* *bral*	»	*Endocardite* incertaine.	»
2. MA in Bı	»	Signes physiq. de péricardite.	Deux accès épileptiques.
3. MA Idem	»	Signes physiq. de péricardite.	Un accès épileptique. (?)
4. THı *Gaz.* p. 52	»	*Pleurésie* à droite. Rien au cœur.	Métastase (?) de l'affection articulaire. Réapparition de cette affection, après la cessation du délire. Selles critiques annonçant cette terminaison.
5. BOı *Soc.* 2e fa	Non noté.	Ni *péricardite*, ni *endocardite*.	Très-robuste et bien portant.
6. ABI *Trad* p. 93	Non noté.	Non noté.	Métastase. (?)
7. MA *Unio* n° 3ː	»	*Endocardite*. Pas de *péricardite*.	»
8. GUI *Arch* p. 26	Injection de la synoviale, flocons albuminoïdes, pus.	Caillots dans le cœur.	»
9. GUI Idem	Pus dans les *jointures* et les *coulisses tendin.*	*Péricardite légère. Endocardite.*	*Ictère. Méningo-encéphalite* diffuse, avec hydropisie des ventricules latéraux, suivant *Gubler*. *Causes morales.*
10. Gı *Soc.* 2e fa	Pas d'altération de la synoviale ou des cartilages.	Rien au cœur, ni aux poumons.	»
11. ST *Tran* *Ch. ː* *cf. F*	Non noté.	*Péricardite. Cardite.*	Rhumatisme *mono-articulaire*.
12. FU *On* p. 21	Pus dans les jointures.	*Péricardite légère.*	*Tremblements.*

N… L'AU…	ÉTAT DES JOINTURES.	ÉTAT DU COEUR et VISCÈRES.	OBSERVATIONS PARTICULIÈRES.
13. FUL Idem, p	Sérum et *lymphe coagulée,*	*Rien au cœur.*	*Tremblements.*
14. FIF *Medic.* 703 et I	Non noté.	Non noté.	»
15. FUL P. 203,	Jointures et gaines des tendons, injections globules *pyoïdes.*	*Endocardite.* *Péricardite.* *Pneumonie gauche.*	»
16. R. E *Med. cl* XXII, F	»	*Endocardite.* *Péricardite.*	*Symptômes spasmodiques.*
17. WA *Pract.* édit. T Fuller,	Non noté.	*Péricardite.*	»
18. FUL P. 305.	Pas d'autopsie.	Rien au cœur, mais pas d'autopsie.	*Tremblements.*
19. DE *Medic. ser.*, v et Full	»	*Endocardite.* *Péricardite.*	*Convulsions tétaniques.*
20. LE *Monit.* juillet p. 300.	Sérosité verdâtre, globules de pus (Lebert) ?	»	*Céphalalgie.* *Tremblements.* *Pouls accéléré.*
21. HER *Wiene.* nº 23, p. 124 4ᵉ Bd,	»	Non noté.	»
22. MIL *Monit.* nº 68,	»	*Endocardite.*	»
23. LUN *Abeille* *Cansta*	Pas d'autopsie.	Pas d'autopsie.	Médecin.
24. LUN Idem.	Pas d'autopsie.	Pas d'autopsie.	»
25. LOR *Cansta* p. 128.	»	»	»
26. *Beri* *K.K. a* *zu Wie*	»	*Péricardite.* *Endocardite.*	»
27. FOU *Vigla.* 1856, n	Pas d'altération.	*Endocardite legère.*	»
28. VIG *Archiv.* p. 23.	Pas d'autopsie.	*Péricardite ?*	»

NOM de L'AUTEUR	ÉTAT DES JOINTURES.	ÉTAT DU COEUR et VISCÈRES.	OBSERVATIONS PARTICULIÈRES.
29. VIGLA .. P. 26.	»	*Pleurésie.* *Péricardite.*	»
30. VIGLA... P. 26.	»	*Souffle à la pointe.*	Métastase. (?)
31. CHARCOT 1857.	Pseudom. fibrineuses quelques globules purulents.	*Péricardite.* *Pneumonie.* *Endocardite légère.*	»
32. CHARCOT 1855.	Quelques glob. pyoï-s.	*Péricardite.* Pas d'*endocardite.*	»
33. H. DE CHE *J[1] des conn.* p. 96, 1845, e *des hôpit.*	?	?	?
34. FRANK... *Canstatt*, 18 Bd, p. 109.	»	*Péricardite.*	Ischurie le jour du début du délire. Il n'y avait pas eu de crise par la peau ou les urines.
35. COBB.... *Lancet.*, 1851 *statt*, 1852, p. 86.	Non noté.	Rien au péricarde. Cœur un peu hypertrophié, tissu musculaire pâle, mou et flasque. Pas d'endocardite, mais dans les ventricules fibrine consistante de structure grenue.	»
36. SCHWARZ *Rigaer. aerz. zeit., Reusl.*, 1852; — *Can* 1853, t. IV, p.	»	Non noté.	»
37. TODD.... *Medic. gaz.*, t. 45, p. 749, *a Soc. path Londres.*	Non *noté.*	Rien au *péricarde*, si ce n'est légères rugosités sur une *oreillette.* Rien à l'*endocarde.*	»
38. TODD.... Idem.	Non noté.	*Péricardite.* *Pleuro-pneumonie.*	»
39. WATSON *Med. gaz.*, t. p. 92.	Non noté.	*Péricardite récente.*	Jactitation du bras gauche. Manie furieuse.
40. WATSON. Idem.	Non noté.	*Poumons sains.* Très-peu de *péricardite* locale. Végétations verruqueuses, grosseur de grain de mil, sur les valves mitrales et sigmoïdes.	Les accidents cérébraux débutent quatre jours après la cessation des douleurs articulaires, mais il était resté un pouls fréquent et quelques battements du cœur.
41. GRAVES.. *Dubl. J[1]*, 1re t. 20, p. 406.	»	*Péricardite*, débutant 8 jours avant les accidents cérébraux.	Rhumatisme traité par l'opium à haute dose. On élève l'opium lors de l'accès et on donne du vin. Ivrogne. Diagn. de Graves *delirium tremens.*

N / L'AU	ÉTAT DES JOINTURES.	ÉTAT DU COEUR et VISCÈRES.	OBSERVATIONS PARTICULIÈRES.
42. CAM *Schmid* 1845, t.	Pas d'autopsie.	»	»
43. TH. *Med. ch* new s 1825.	»	Non noté.	Traité par la saignée.
44. BUR *Lance t* 1859.	Pas d'autopsie.	*Péricardite* dès le début des accidents cérébraux.	Disparition des douleurs le jour où apparaît le délire. Grande dyspnée et anxiété.
45. KOR *Deutsch* 1860, n *Viertel*, 3e Bd.	Pas d'autopsie.	»	Le malade se fait *calefater* pendant trois jours ; il en résulte une suppression complète des douleurs. Le malade se lève, mais le septième jour accès mortel.
46. MAR la *Bullet.* on août, s ns 1843, p	Non noté.	Non noté.	Traité par nitrate de potasse à haute dose. Sciatique double.
47. LEG *Bullet.* t. IV, n	»	»	Traité par le tartre stibié à haute dose. Sujet cachectique.
48. LEG de Idem, lui ya- m- ns la- es.	Rien.	Rien.	Urticaire. Tremblements.
49. VIG *Soc. des* t. IV, n	Pas d'autopsie.	Rien au cœur ; mais catarrhe ancien et bronchite capillaire aiguë, ou pneumonie ?	Oppression extrême et pouls irrégulier, pendant toute la durée du rhume. (Bronchite.) *Condension.*
50. VIG Idem,	Pas d'autopsie.	Oppression, mais à l'auscultation, rien au cœur, rien au poumon.	Hallucination. *Mouvements convulsifs* de la face et des membres.
51. MOU fa- Idem, ré-	Non noté.	Rien au cœur, par l'auscultation.	Amélioration momentanée sous l'influence de l'opium. Considéré d'abord comme un *delirium tremens.*
52. MOU Idem,	«	»	Temps d'arrêt momentané dans les douleurs au moment de l'accès du délire ; puis réapparition des douleurs pendant trois semaines.

ée de l'encéphalopathie rhumatismale (Griesinger).

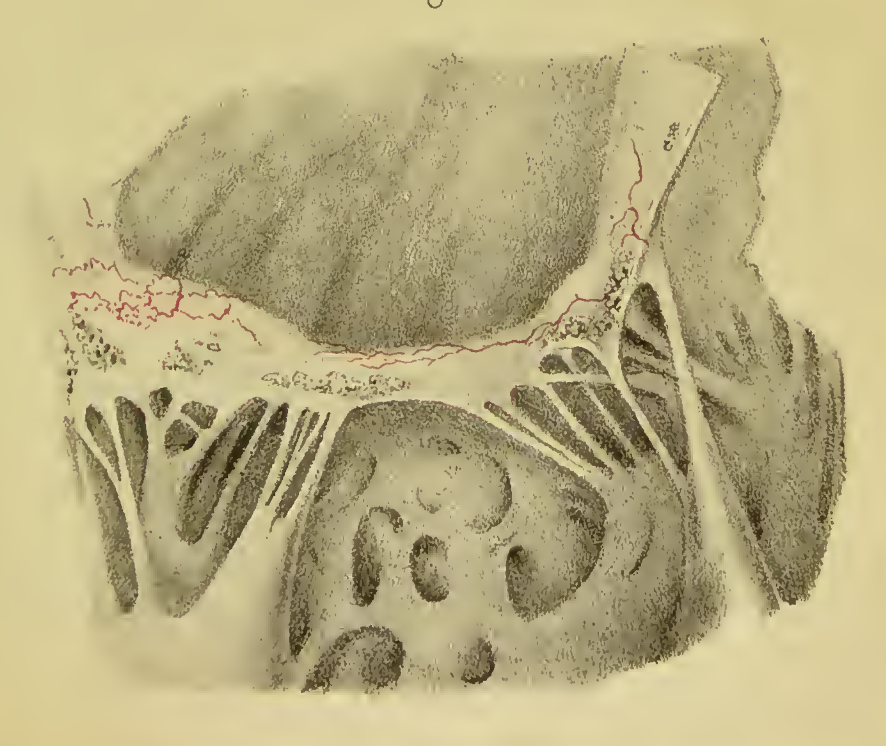
DU CERVEAU et MÉNINGES.	ÉTAT DES JOINTURES.	ÉTAT DU COEUR et DES VISCÈRES.	OBSERVATIONS PARTICULIÈRES.
1 »	»	*Péricardite.* *Endocardite.*	Pauvre, faible, surmenée; saignée abondante.
2 »	»	Souffle systolique. Pleurésie ?	Mouvements *tétaniques.* Alternance des exacerbations du délire et des douleurs.
3 »	»	Rien au cœur.	Mouvements *choréiformes*; a eu plusieurs fois des accès de délire et des accès de rhumatisme.
4 ité considérable *le* sous l'arach-, dans les ven-latéraux.	Non noté.	Rien au *péricarde.* Sur la valvule mitrale, de petites végétations *verruqueuses.*	»
5 »	»	»	»
6 au sain, un peu *u* sous l'*arach-*	»	Adhérence générale récente du *péricarde.*	»
7 »	»	*Péricardite.*	»
8 »	»	Ni *endocardite* ? Ni *péricardite* ?	Mouvements choréiformes.
9 le altération.	Non noté.	*Endocardite.* Végétations des *valvules.*	*Chorée.* Mouvements *choréiques.* Purpura. Asthénie complète.
11 »	»	Rien au cœur.	Pauvre, misérable. Cessation des douleurs dix jours après le début du rhumatisme, alors délire. Au bout d'un mois, apparition du rhumatisme subaigu, qui cesse quinze jours après le délire, c'est-à-dire six semaines après son début.

NOM de L'AUTEUR.	AGE.	JOINTURES	ÉTAT DU COEUR et DES VISCÈRES.	OBSERVATIONS PARTICULIÈRES.
11. GRIESINGER.. Idem, d'après Flemming, *Pathol. und Ther. der psychosen.* Berl. 1859, p. 8.	30		"	»
12. GRIESINGER.. Idem, d'après Tüngel, *Klin. mittheil.* Hambourg, 1860, p. 41.	20		*Péricardite.*	A eu des palpitations et de l'anasarque à la suite d'un premier accès de rhumatisme. Le premier accès de rhumatisme avait eu lieu un an auparavant.

NOM de L'AUTEUR.	AGE.	JOINTURES.	ÉTAT DU COEUR et DES VISCÈRES.	OBSERVATIONS PARTICULIÈRES.
1. SCUDAMORE... *On rheumatism*, Lond. 1827, p. 265.	15		Non noté.	Fille très-délicate.
2. LEBERT........ *Archiv. Virchow*, 1858, p. 142.	22	aune, trou- ɔcons fibri- lulaires de isé.	*Péricardite*, et *pleurésie* à gauche. Pas d'*endocardite*. Léger gonflement des glandes de l'iléon.	»
3. ABERCROMBIE. *Trad. Gendrin*, p. 94.	34		Signes de pneumonie et palpitations. Non noté à l'autopsie.	Soldat.
4. BUDD........... *Lumleian. lect.* 1852. Lancet.	Jeune.		*Péricardite.*	»
5. COSSY.......... *Archiv.* 1854, t. III, p. 287.	18	des synoité trouble, ɪineux.	Aucune altération cardiaque.	»

Fig. 1.

Fig. 2.



rcot ad nat del. Imp. Becquet, Paris. P. Lackerbauer lith.

Fig. 1.

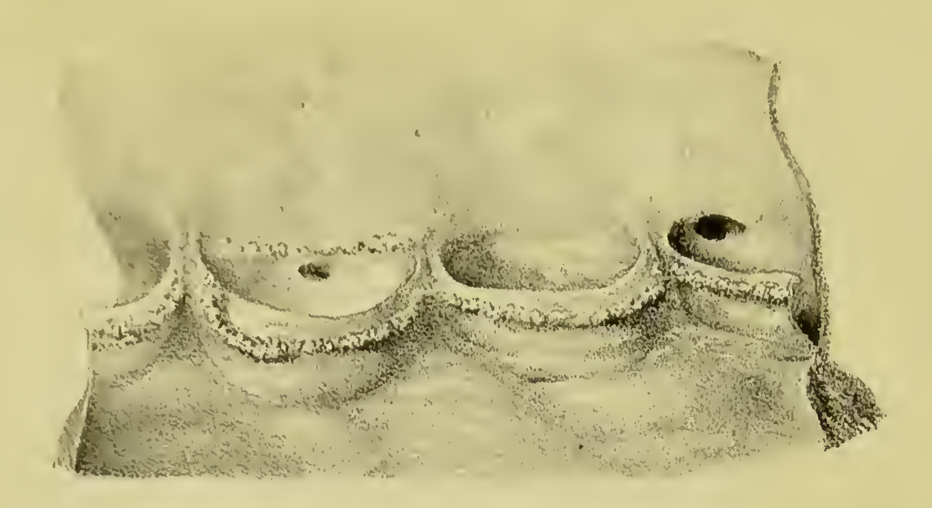


Fig. 3.

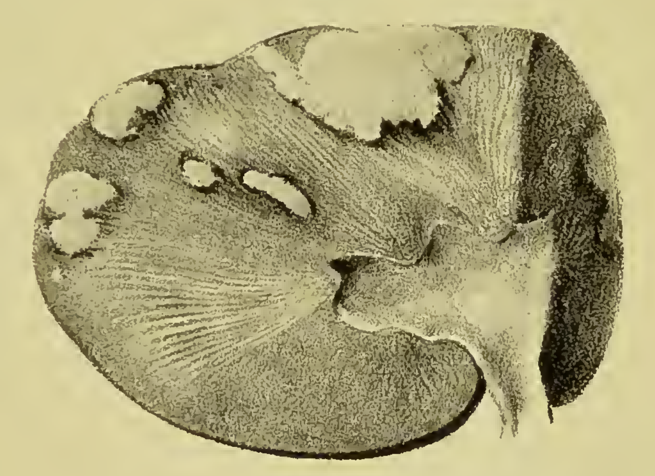
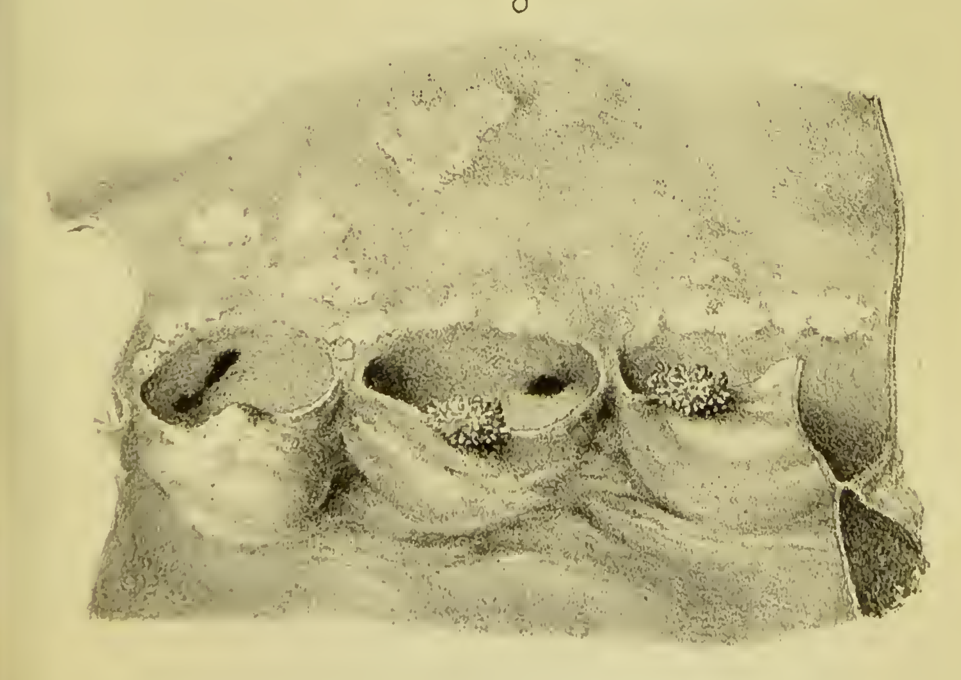


Fig. 2.



Charcot ad nat del — Imp. Becquet, Paris. — P. Lackerbauer lith.